

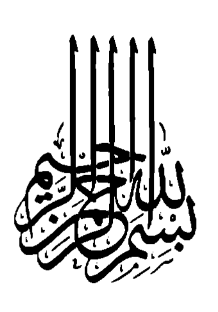




تأليف
د. وليام بريخ

ترجمة
مركز التعريب والبرمجة


منتدى إقراء الثقافي
www.iqra.ahlamontada.com





تأليف

د. وليام بريخ

ترجمة

مركز التعريب والبرمجة



الدار العربية للعلوم

Arab Scientific Publishers

الطبعة الأولى

1412 هـ ـ 1992 م



الدار العربية للعلوم
Arab Scientific Publishers
هاتف 811373-811385-806983 ـ ص ب 13-5574
تلكس KHATAB 21713 LE — ABJAD 21583 LE
فاكس 961-1-860138 ـ بيروت ـ لبنان

المحتويات

المقدمة

لقد ابتدأ اهتمامي وانشغالي بحقل إسقاط الحمل المتكرر منذ خمسة عشر سنة. وكان من الواضح عندي، كطبيب ولادة نشيط يحاول ان يجاري أحدث الطرق والأبحاث، أن هناك تقدماً عظيماً في مجال اختصاصي. فطب الولادة أصبح علماً أكثر منه فناً. ولكن الذي ما زال يقلقني هو أن الأزواج الذين عانوا من الإسقاط كانوا دائماً مُتجاهلين من قبل الأطباء.

أضف إلى ذلك أن المجتمع ككل، بما فيه الأطباء والممرضين، لا يقدمون عزاءً مقبولاً للأزواج الذين يعانون من خسارة الحمل. فغالباً ما يعود الأهل إلى البيت ـ خالي اليدين ـ حيث يشعرون بمدى خسارتها، فيجدون أنهم وحيدون في عزلة من الحزن. صحيح أن الأزواج يواسون بعضهم البعض ولكن تعاطف الأهل والأصدقاء، من غير ذكر الأطباء، يكون قليلاً ولا يعطي فرصة جيدة للتغلب على الحزن.

وقد أعاق عمل الأطباء النقص في الأجوبة الطبية حول سبب حدوث إسقاط الحمل. وقد ثبط من عزيمتهم أيضاً النقص في المعلومات حول المراحل الأولى من الحمل (بشكل خاص الأسابيع الأثنا عشر الأولى). ونتج عن هذا النقص إما عدم تقديم العلاج أو تقديم علاج غير مناسب كمحاولة يائسة لفعل شيء ما. فكان المرضى يذهبون من طبيب إلى آخر ويقومون بإجراء الفحوص العشوائية المختلفة بدون أي تنسيق.

ولكن قد اتضح لي أيضاً أن العديد من هؤلاء الأزواج يريد أن يتحدث ليعبر عن شعوره بالخسارة. فقد وجدوا أن الحزن على شيء لا يمكن معاينته كان صعباً (ذلك لسبب أنهم لم يروا الجنين لأن التصوير الفوق السمعي لم يكن شائعاً قديماً). وكذلك شعر العديد من الأزواج أنهم مسؤولون عن حدوث الإسقاط ــ عقدة الذنب واللوم هما من المشاعر المشتركة ــ مع أن في معظم الحالات كان هذا الذنب لا يرتكز إلى أي أساس.

وأخيراً، افتتحت عيادة في مستشفى جبل سيناء في مدينة نيويورك، حيث كنا نعالج النساء اللواتي عانين من الإسقاط المتكرر. وكانت عيادة دعم الحمل مزودة بالأطباء والممرضين والمرشدين الاجتماعيين. وإلى جانب أفضل عناية طبية يمكن أن تقدم، كانت النساء وأزواجهن يخصون بدعم عاطفي. وقد أقيم أيضاً خط هاتفي خاص مما يمكن المرضى من الاتصال في أي وقت يشعرون بالقلق من وجود عوارض معينة. فالنتائج الإيجابية في مجال الولادات الحية والكاملة المدة أظهرت أن المريضات تستجبن جيداً لهذه المعالجة العقلانية والمنظمة لمشاكلهن، وهن أيضاً يقدِّرن التطمين الذي يقدمه الأطباء المعنيون.

أما الأخبار الجيدة الناتجة عن إقامة العيادات المختصة، إضافة إلى الأبحاث والتقدم التكنولوجي الحديث، فهي أن أسباب إسقاط الحمل تُكْشَف الآن أكثر فأكثر وأنه يتم تقديم العلاجات المناسبة. ومن الأهمية بمكان أن يتم تقدير ودراسة العواقب النفسية للإسقاط. فبإمكان الأزواج الآن أن يشعرون بالثقة أن هناك أطباء مخلصين وممرضين ومرشدين اجتماعيين يعتنون بحالات الحمل، وأنهم سيتلقون العناية الفائقة في حال حدوث إسقاط الحمل.

إن رسالة تجنب إسقاط الحمل هي أن الأطباء سيكونـون مهيئين لاستقصاء الإسقاط ـ في بعض الحالات، وتحت ظروف خـاصة، حتى للمرة الأولى. فليس من الضروري دائماً أن تتحمل المرأة ثلاث خسارات أو أكثر قبل أن تشخص المشكلة وتعالـج، خاصة وأن هذه الأيام تشهد وسائل فعالة لمنـع الحمل وتأخير فترة الأنجاب ولتخطيط الأسرة الصغيرة.

ربما كنتم تقرأون هذا الكتاب وانتم ما تزالون في حالة الحزن بعد خسارة مولود. هنا أريد أن أؤكد أننا ـ كارول ديكس، المؤلفة المشاركة، وأنـا ـ حساسـون تجاه مشـاعركم، السبب الـذي يجعلنا نبلغكم بعض التفـاؤلات الحديثـة. إن العديـد من قصص النساء المـوجودة في هـذه الصفحات تخبر عن سنين اليأس والشعور بالفشل، عن الصراع مـع خيبة الأمل، وعن الوقت الذي فقد فيه كل الأمل تقريباً. ولكن بعد الكشف عن المجالات الجديدة لاستقصاء أسباب الإسقاط واعتماد معالجات حديثة، أصبـح لهؤلاء النساء أطفال أحياء، طبيعيون وبصحة جيدة.

وقصصهم هذه تزخر بالشجاعة وبروح المقاومة الشديدة والعزم على جعل الدورة التناسلية تعطي ثمارها الطبيعية. ونأمل كذلك أن تكون هذه القصص، مدعومة بأحدث الأبحاث في عـالم المعلومات الـطبية الـدائم التغير، بمثابة العون على رفـع معنوياتكم وستقرأون في هذا الكتاب عن آخر ما تم التوصل إليه من تقدم طبـي في مجال تجنب الإسقاط المتكرر، وأن نتائـج هذا التقدم تخص بالتقدير في الوقت الحاضر أكثر من قبل. وهذا شيء مثير للأطباء وكذلك للأزواج المعنيين.

لم يعد من الضروري اليوم أن يكون الإسقاط لغزاً يعذب نفس المرأة وشريكهـا ومصدراً للاكتئاب المزمن والشعور بالفشل وعدم الجدارة

أو بالألم الوحيد الذي لا قرار له. إن الأمل موجود حقاً وكذلك التوجه القوي إلى المستقبل عند معظم الأزواج.

جوناثان شير

الجزء الأول

أنتِ وإسقاط الحمل

الفصل الأول

الاسقاط شيء لا ينتسى أبداً

ديبي عندها إبنة في الرابعة من العمر. وقد فقدت منذ تلك الولادة ثلاثة أطفال عن طريق الإسقاط. أما الآن فهي في مرحلة الأسبوع الخامس عشر من حمل آخر. وتُعالج أخيراً بإحدى أحدث الطرق لتجنب الإسقاط. ومع أن القلق يسكنها فهي تقول أنها تصلي بجد.

لا أرى كيف يتوقعون أن ننسى عملية الإسقاط. وحتى إذا حصلت في فترة الثمانية أسابيع فقط، ألم يكن هناك طفلاً في داخلك؟ لقد كان هناك أمل وتخطيط وأحلام. لم نسمح لبعضنا أن نحزن بالطريقة الصحيحة. فالأمر لم يكن «مجرد إسقاط» بل أن طفلاً قد فُقد. فإن كان الحال أنك تعرف شخصاً منذ عشر سنوات أو طفلاً كان في داخلك لمدة بضع أسابيع فقط، يبقى أن هناك علاقة ما قد نشأت وأصبحت جزءاً من حياتك.

لقد كنت قوية جداً عند أول إسقاط. لكن مع المرة الثالثة انهارت كل قواي. إلى أي حد يمكنني أن أكون قوية؟ فتماسكي هو من أجل زوجي وابنتي. ولكنني أبكي في المساء عندما أكون وحيدة. وهذا أمر لن أنساه أبداً.

إن ديبي ليست بالمرأة الغنية، فزوجها يعمل كمدير متجر. ويحصلون على الدواء المطلوب بشق النفس. لكن رغبتها الحقيقية في ولد

آخر تدفعها إلى الأمام. وهي تعالـج حالياً الخلل في المناعة الذاتية والذي تم اكتشافه كسبب ممكن لمشكلتها.

أما فيليبا، وهي تفيض ديبـي اجتماعياً، فهي زوجة محام غني. امرأة جذابة للغاية ولها إبنة أيضاً قبل أن بدأت تعاني من مشاكل الإسقاط. هذه الإبنة لها من العمر احدى عشرة سنة. ومنذ ولادتها إلى الآن فقدت فيليبا خمس ولادات أخرى. وقد عانت هذه المرأة مؤخراً خسارة مدمرة ـ إسقاط آخر. والآن، في عمر الثانية والأربعين، تشعر هي وزوجها بأنها قد فقدا السيطرة على هذه السعادة الحيوية من حياتها.

«لا أحد يعرف كيف يتجاوب معك»

هناك أشخاص تكون حياتهم سهلة دائماً. لقد كنت إحدى هؤلاء قبل بلوغي الثلاثين. لكن بعد الإسقاط الأول لاحظت أنني عبرت باباً سحرياً إلى الجانب الآخر. فأنا الآن مـع أولئك الأشخاص الذين يعانون، ويحزنون ويعجزون عن جعل الحياة تسير كما يرغبون.

حال دخولك في ذلك الباب، يصبـح معظم الناس عاجـزين عن التجاوب معك. في الحقيقة لا ألومهم، فقبل ذلك كنت عاجزة مثلهم. ولكن كان لي أصدقاء يعبرون الشارع كي لا يواجهونني. وبرأيـي أن معظم الناس يفضلون التظاهر بأن هذا الطفل لم يكن أبداً، بدل التكلم معي عن خسارتي.

بعد خسارة طفلي الأخير ـ بنت صغيرة ولدت في الأسبوع الثالث والعشرين ـ أخذني زوجي لقضاء عطلة في بربادوس. وكان من حسن الحظ أننا نـزلنـا في المصيف الانكليـزي الصحيـح لأنني أحببت تجنب الأشخاص المقربين إلي من السؤال المعتاد «كم عندك من الأولاد؟» إن

ما أود أن أقوله هو شيء من هذا القبيل: «لي ولد حي واحد وحديقة ملأى بالأطفال المدفونة». ولكن هل يمكن قول ذلك لعابر يتمنى لك الخير؟ لكني لست قوية إلى حد يخولني أخذ ذلك الموقف.

في طريق العودة من العطلة شاهدت في الفيلم المعروض في الطائرة وبشكل غير متوقع مشهداً لامرأة تلد. كان ذلك آخر شيء أريد أن أراه. ولأن الطائرة كانت مكتظة بالمسافرين لم استطع الخروج من مقعدي. فنزعت السماعات عن رأسي كي لا أعود أسمع شيئاً. ولكني انفجرت بالبكاء. في ذلك الوقت كنت لا أزال بفترة ما بعد الإسقاط، انزف بشدة وكذلك بدأ الحليب بالسيلان. فقد أصبحت مبللة وكنت أبكي بشكل انفعالي. أما المرأة الجالسة إلى جانبي فقد حاولت الابتعاد عني قدر ما استطاعت. لكن المضيفة اللطيفة جلبت لي حراماً لأغطي نفسي.

فالأمر هو أنك تمرّين بذات التغيرات الهرمونية والعاطفية كما بعد الولادة الكاملة المدة. ولا يمكنك أن تشرحي الموضوع لأي كان. وهل هناك من يريد أن يسمع؟

عند بعض النساء قد لا نلاحظ تقريباً خسارتهن للطفل. فإذا حصل ذلك في الأسابيع القليلة التي تلي بداية الحمل تظهر خسارة الدم غالباً كدورة شهرية شديدة ولكن متأخرة. أما النساء الأخرى فتكون خسارتهن صدمة مؤلمة واختباراً عميقاً. فاليوم أصبح المختصون بالطب والعناية مدركين أن المرأة يجب أن لا تغفل في حال حصول الإسقاط. فإذا كانت المرأة مرتبطة عاطفياً بالحمل فعندها يجب أن ننظر إلى الإسقاط كوقت مهم من حياتها وحياة زوجها. ويجب أن لا يترك أحد الزوجة أو شريكها، يصارع القلق وتحز في قلبه الأسئلة الغير مُجابة مثل: لماذا حدث ذلك لي؟ ما هي مشكلتنا حتى نعجز عن الانجاب؟ لماذا أطبق علينا هذا الحزن؟ هل

يمكن أن نضمن عدم تكرار الأمر؟ هل بإمكاننا تحمل ألم اجتياز الإثارة والأمل في حمل آخر حتى نعاني من خسارة مدمرة مرة أخرى؟

قد يكون الإسقاط المبكر الطريقة العادية الطبيعة لإجهاض جنين مشوه أو غير سليم، وقد يكون أيضاً إشارة إلى السبب الحقيقي في عدم استمرار الحمل إلى المدة الكاملة. لذلك دعونا ننتقل الآن إلى بعض الأسئلة التي يطرحها النساء وأزواجهن عند حصول الإسقاط.

ما هو التعريف الفعلي لإسقاط الحمل؟

يعود تعبير إسقاط الحمل (والذي قد يسميه طبيبك الإجهاض التلقائي) فعلياً هذه الأيام إلى خسارة الحمل في وقت يصل إلى نهاية الأسبوع العشرين من بداية الحمل. فهذا تعريف معتمد وعملي في النصوص الطبية الحالية. وحتى مؤخراً كان يعتقد أن الأسبوع السادس والعشرين أو الثامن والعشرين هو المدى الإجمالي للإسقاط. لكن العلم الحديث والإنجازات الحديثة في التكنولوجيا قد قاد إلى تغييرات أساسية في التعريف.

فقد اعتدنا على تعريف الإسقاط كخسارة الحمل قبل الأسبوع الثامن والعشرين لأنه حتى مؤخراً لا يمكن لأي طفل يولد قبل ذلك الوقت أن يعيش. وبالتالي فإن جنيناً عمره أقل من ثمانية وعشرين أسبوعاً لا يمكن اعتباره قابلاً للحياة أو النمو. أما الآن فبإمكاننا في حالات معينة أن ننقذ أطفالاً تولد في الأسبوع السادس والعشرين من فترة الحمل ـ وكان هناك حالات نادرة لأطفال أصغر سناً عاشوا حياة طبيعية ـ وهكذا فإن نقطة الفصل قد تراجعت إلى حد الأسبوع العشرين.

يبقى أن هذا يجعلنا بموقف غامض فيما يخص النساء اللواتي يخسرن أطفالهن بين الأسبوع العشرين والسادس والعشرين ـ وهذا هو الوقت الذي يمكن انقاذ الحياة الجنينية ـ واللواتي يمكن أن تطلق على حالتهن حتى تعبير «المخاض المبكر» (أي قبل الفترة الكاملة للولادة). وهناك تقدماً طبياً رئيسياً في مجال معالجة الأطفال في هذا العمر. أما أسباب أي إسقاط بين الأسبوع العشرين والسادس والعشرين فما زالت بحاجة للاستقصاء كي نتمكن من معرفة ما يحدث وتجنبه في المستقبل.

هل يمكن أن يكون وزن الطفل تعريفاً؟

لقد جرت بعض النقاشات في الأوساط الطبية حول ما إذا كان وزن الطفل يقدم تعريفاً أفضل مثلاً: هل يمكن تعريف الجنين المسقط الذي يبلغ وزنه خمسمئة غرام أو أقل «كعملية إسقاط؟» هذا الرأي خاطىء لأن وزن الجنين في الأسبوع العشرين قد يكون ثلاثمئة وخمسمئة أو ستمئة غرام. فالشيء المهم هو المدة التي يمضيها الجنين داخل الرحم وكذلك معدل نموه الجسدي.

لقد سجلت فيما مضى حالة واحدة لطفل عاش سنة على الأقل بعد ولادته المبكرة بشهرين (الشهر السابع) وكان يزن 397 غرام، وهذا يعني أن الطفل قد ولد في الأسبوع الثاني والثلاثين بوزن يقل عن الرطل الإنكليزي (453 غ) بدلاً من الوزن المتوقع ثلاثة أو أربعة أرطال. هذا الطفل لم يكن مبكراً بالحقيقة في عمر الأسبوع الثاني والثلاثين ولكنه كان «متخلف النمو» ـ تحديد واضح ـ لأن وزنه كان غير متناسب مع عمره.

مثل آخر: إذا ولد طفل يزن خمس أرطال ونصف في الأسبوع السادس والثلاثين. فقد يعاني من مرض الرئتين. بالمقابل ومن سخرية

القدر فإذا كنت تدخنين كثيراً أو لديك ضغط دم مرتفع وانجبت طفلاً يزن خمسة أرطال بالمدة الكاملة (40 أسبوعاً) فعند هذا الطفل فرصة أكبر للحياة السليمة ــ السبب هو ببساطة أن هذا الطفل عاش في الرحم مدة أطول وبالتالي فإن أعضاءه قد نمت أكثر. وهكذا نرى أن وزن الطفل وحده لا يعطي دائماً الصورة الكاملة.

بالرغم من أن العديد من الأزواج يصلي كي يعطي المخاض في حوالي الأسبوع الرابع والعشرين إلى السادس والعشرين طفلاً حياً ــ يمكن رعاية هذا الطفل وحفظه حياً في غرفة العناية الفائقة الخاصة بالولادة المبكرة ــ فإن المأساة قد تنتج أحياناً عن هكذا حالة. في الفصل الثامن سوف نعود إلى قصة فيليبا. فهذه المرأة وزوجها قد واجها سلسلة من التجارب بما فيها المخاض المبكر في الأسبوع السادس والعشرين مع طفل ولد حياً ــ وقادراً بإذن الله أن يعيش باستقلال. وكما تصف فيليبا بشكل مؤثر فإن الثمن الذي يدفعه الإنسان عاطفياً ومادياً وروحياً يمكن أن يكون فاجعاً.

ما هو معدل حدوث الإسقاط؟

إذا كانت الاحصاءات واحد من عشرة أو واحد من مئة ألف فهي تبدو عديمة الفائدة عندما يحدث لك الإسقاط. فيما يخصك المعدل هو مئة بالمئة. ولأننا نعرف القليل عن حالات الإسقاط والرقم الحقيقي لحدوثها فإن معظم الناس لديهم هذا السؤال.

الجواب لسوء الحظ هو أنه لا أحد يعلم بشكل أكيد. فكل مقالة علمية تظهر وكل مقالة في المجلات العادية تعطي احصاءات مختلفة.

أما ما نعرفه فهو أنه كل يوم تحدث حالات إسقاط أكثر بكثير فما

تسجل عندنا لأن بعض هذه الحالات قد تبدو كدورة شهرية شديدة ليس إلا (فقد يسقطن النساء اللواتي تستعملن أجهزة منع الحمل في داخل الرحم كاللولب في الوقت الذي يعتبرن الأمر دورة شهرية عادية).

عامة يمكن أن نحصي الآن أن خمسين إلى ستين بالمئة من حالات الحمل الأولى يتم إسقاطها، وقد يكون هذا الرقم أكبر في الواقع. وهذا يعني أن حمل من إثنين على الأقل يسقط بشكل طبيعي. لكن في السنة الماضية نشرت مجلة New England Journal of Medicine الرقم المثير للجدل، واحد وثلاثون بالمئة عند كل الأجنة «المزروعة» (التي توضع بشكل فعلي في الرحم) التي تسقط. وهناك ما يعادل الخمسة والسبعين بالمئة من كل البويضات التي تخصب بما فيها تلك التي لا تزرع أبداً، لا تعطي طفلاً في المدة الكاملة.

ولكن في حالات الحمل المشخص حيث تعرف المرأة أنها حامل يكون المعدل أدنى من ذلك بشكل أكيد ــ حوالي العشرة إلى العشرين بالمئة من هذه الحالات ينتهي بالإسقاط.

وكذلك فإن امرأة تقريباً من بين أربع نساء في مجموعة يتراوح عمرها بين العشرين والأربعين سنة، اعترفت بأنها اسقطت مرة وأن امرأة من بين ثلاثمئة عانت من ثلاثة إسقاطات أو أكثر.

إن سن الأمومة المتقدم هو سبب معروف للإسقاط وهذا يؤثر في الاحصاءات إذ أن عمر النساء المنجبات يزداد بشكل ثابت.

ولكننا الآن بدأنا نتعرف أكثر إلى كيفية الإسقاط الشائع، ذلك لأن فحوص الحمل الحديثة بإمكانها تشخيص بدء الحمل من ستة إلى سبعة أيام بعد لقاء البويضة بالحيوان المنوي أي قبل ثمانية إلى عشرة أيام قبل أن

تشعر المرأة أن دورتها الشهرية لم تأت. وبالإضافة إلى استعمال التصوير الفوق السمعي في المراحل المبكرة، فإن الأشكال الحديثة من التكنولوجيا يمكن أن تكون دقيقة للغاية.

في الحقيقة أن التصوير الفوق السمعي واستعمال فحوص الحمل الشديدة الحساسية قد غير في ممارسة طب الولادة فمنذ عشرين سنة وقبل أن يمكن للطبيب أن يقول بشكل قاطع لإمرأة ما أنها حامل تكون هي ربما قد اكتشفت ذلك بنفسها! فالفحوص في تلك الأيام لم تعطي نتائج واضحة قبل بلوغ الحمل شهره الثاني أو الثالث. فيجب أن تحقن عينة من بول المرأة المعنية في الضفادع أو الأرانب التي تُشرّح بعدها حتى يتم تشخيص الحمل. أما اليوم فإذا خضعت كل امرأة إلى فحص مبكر للحمل كل شهر خلال فترة إخصابها عندها سنجد أن معدل الاجهاضات التلقائية قد يكون أعلى مما نتصور.

إن مصطلح التصوير الفوق السمعي (ultrasound) قد أصبح مألوفاً من قبل النساء الحوامل. فالعديد من المستشفيات وعيادات الأطباء تقدم التصوير الفوق السمعي بشكل روتيني خاصة في الأسابيع الأولى من الحمل. ويستعمل هذا التصوير موجات صوتية عالية الذبذبة لا يمكن سماعها بواسطة الأذن البشرية. تطلق هذه الموجات من مسبار (محول الطلقة) متصل بآلة التصوير الفوق السمعي وبمرورهم إلى الأنسجة البشرية يرتدون عن كل سطح ويعودون إلى الآلة حيث تتكون الصورة. من المهم التذكر أن التصوير الفوق السمعي لا علاقة له بأشعة X وهو ليس نوعاً من الإشعاع.

وبالاستعمال الماهر أصبح التصوير الفوق السمعي عوناً كبيراً لأطباء الولادة. فمثلاً، يمكننا الآن أن نقدر نضج الطفل بدقة وبالتالي نتحقق من

تواريخ الأم. فإذا أجريت فحصاً في الأسابيع الثامنة أو التاسعة الأولى من حملك يمكن للطبيب أن يقيس طول الطفل المعروف بطول الرأس ـ الكفل فإذا نشأت مشكلة بما لاحقاً في فترة الحمل يكون لدى الطبيب قياس دقيق لنضج الطفل ينطلق منه.

لماذا كانت ثلاث إسقاطات ضرورية قبل حصول الاستقصاء

تعتمد مهنة الطب دائماً على التميز لصالح الزوجين اللذين كان لهما حمل طبيعي وصحي بعد الإسقاط كبرهان إيجابي على أنه يمكن التغلب على الإسقاط بشكل طبيعي. هذه الاحصاءات كانت السبب الأساسي في إصرار مهنة الطب على أن المرأة يجب أن يحصل لها ثلاث إسقاطات متتالية على الأقل بدون ولادة حية بينها قبل أن تصبح مؤهلة للفحوص أو للاستقصاء حول السبب. أما السبب الآخر للانتظار فهو أن أسباب الإسقاط كانت مجهولة تقريباً قبل الآن.

فلأن فرص الولادة الحية السليمة بعد إسقاط سابق كانت مرتفعة تقريباً لم يول الاستقصاء أي أهمية حتى تكون المرأة قد اسقطت ثلاث مرات. مثلاً:

- بعد إسقاط تلقائي تكون فرصة الحمل الناجح في المرة اللاحقة 87 بالمئة تقريباً (أي 13 بالمئة من الإسقاط).
- بعد إسقاطين تلقائيين تكون فرصة الحمل الناجح 60 بالمئة (أي 40 بالمئة من الإسقاط).
- بعد ثلاث إسقاطات تلقائية أو أكثر تكون فرصة الأنجاب 40 بالمئة (أي 60 بالمئة من الإسقاط).

ويدل الرقم الأخير أن سبباً طبياً متشبتاً يكون مسؤولاً.

لماذا تأتي المعلومات عن الإسقاط بهذا البطء

إن المرحلة الأولى من الحمل (الأسابيع الإثنا عشر الأولى) قد حظيت باهتمام أقل من أي ناحية أخرى من نواحي الحمل. ولكن في الأسبوع الثاني عشر يكون الجنين قد كون معظم أعضائه (فترة تولد الأعضاء) وأصبح كاملاً. هذا الوقت هو الأخطر والأكثر تعرضاً للإسقاط. ويجب أن نقدر أيضاً أن هذه المرحلة هي الأصعب من ناحية انسانية لاستقصاء الحمل لأنه لا يمكن إجراء أي فحص قد يؤذي الجنين في هذه المرحلة الحرجة من حياته. وبالتأكيد فإن هناك مجال ضيق للطرق العلمية العادية لأن تبرهن سبب الإسقاط ـ فاختبار التعمية المزدوجة حيث تعطي بعض النساء علاجاً يظن أنه فعال بينما تعطي مجموعة التحكم أقراص بلاسيبو (التي لا تأثير لها) أو لا تعطي شيئاً أبداً ـ لأن ذلك قد يقود إلى الأحجام عن المعالجة الضرورية.

إن النقص القديم في الاهتمام بالأشهر الثلاثة الأولى من الحمل جعل إحصاءاتنا غير دقيقة ومعلوماتنا العلمية هزيلة. ومن الصعب قبول الأعذار حول هذا النقص السابق في المعرفة أو الاهتمام بالإسقاط. ففي الواقع حتى النصوص المرجعية تحوي القليل عن هذا الموضوع. وحتى مؤخراً، كانت النساء اللواتي تسقطن في الأسابيع القليلة الأولى من الحمل تدخلن إلى قسم الطب النسائي في المستشفيات وليس إلى قسم الولادة. فلم تقدر هذه النساء على أساس أنهن تتوقعن مولوداً أو أنهن مريضات ولادة. أما الآن ولحسن الحظ بدأت الحال تتغير فيما يخص الإسقاط.

الانتظار حتى حدوث ثلاث إسقاطات غير ضروري دائماً

إن أي إسقاط هو مأساوي. فبغض النظر عن عدد الإسقاطات وعن

حدوثها المبكر يبقى أن هذه الإسقاطات تكون مدمرة من ناحية عاطفية. كأن نقول، ومهما كان كلامنا صادقاً، «لا تقلقي يمكنك أن تحاولي مرة ثانية» أو «لم يكن ذلك طفلاً حقيقياً» هذا الموقف يعتبر عامةً الموقف الخاطىء.

إن التغيرات الرئيسية في البنية الهرمونية للمرأة تحدث باكراً في فترة الحمل، تقريباً بعد الإخصاب تماماً. وكذلك تمر الأمهات بتقلبات هرمونية هائلة وقد تظن أن ذلك يتماشى مـع بطنهن المنتفـخ. ولكن بالحقيقة يحدث التأثير الأكبر في مشاعر الأمومة باكراً في فترة الحمل. لذلك فعندما تخسرين حملاً تشعرين تماماً كأنك خسرت طفلاً، طفلاً متوقعاً. وهناك برهان علمي (هرموني) على حدوث هذه المشاعر! فأخيراً صرنا نصدق النساء.

أما الآن وبإكتشافنا لأسباب يمكن معالجتها وليس لمجرد أفكار عن الإسقاط، فمن الأفضل أن نفحص النساء بعد إسقاطين، أو ربما واحد، بدلاً من تركهن يعانين من ثلاث اختبارات حادة. ففي حوالي الخمسين بالمئة من الحالات يمكننا أن نتعرف إلى السبب وأن نقدم العلاج. وتزداد هذه النسبة مـع الوقت كلما تقدمت المعرفة الطبية.

هناك أسباب أخرى لوجوب اعتبار كل حمل الآن بمثابة شيء نفيس:

- هناك نزعة إلى تكوين عائلات أصغر وأصغر.
- تؤجل النساء عملية الإنجاب إلى وقت معين من حياتهن المهنية.
- لم يعد مقبولاً، من ناحية عاطفية أو حتى اقتصادية، أن نسمـح ببرودة لما يسمى «هدر الحمل» أن يستمر.
- إذا كانت المرأة في سن الأربعين أو أكثر وكان هذا أول إسقـاط لها فحرام أن لا نبحث عن سبب إسقاطها وربما معالجة المشكلة. فبعض الفحوص سهلة الإجراء ولا تتطلب تدخل طبـي معقد.

«ما أصعب أن تكونين حاملاً»

لقد أجرى روبيرت وغرايس كل من التلقيح داخل الزجاج وعلاج المناعة لمقاومة الإسقاط قبل ولادة ابنهم الأول، والذي هو الآن طفل جميل من الشهر الحادي عشر من عمره. وكان موقفهم من المشكلة، التي لحقت بحياتهما سنوات عديدة، عملياً وواقعياً، كما يخبرنا روبرت:

عندما تعاني من الإسقاط أو عدم الإخصاب نصبح جزءً من جحيم متزايد، حيث هناك مجموعة من الناس توحدهم حالتهم المشتركة، ونشعر أن لا أحد يتوجه إلى مشكلتنا. هذا وقت غير عادي ومليء بالضواغط وقد يستمر سنيناً. ففي الوقت والعمر الذي يعتاد المرء فيهما على شعور التحكم بحياته يؤلمنا أن نشعر بفقدان السيطرة نهائياً.

وحتى عندما ننجح في تحقيق الحمل مرة أخرى، فلن تجرؤ على أخبار أصدقائنا وأقربائنا. فليس هناك أي بريق معتاد أو استمتاع بالحمل. إنه وقت غريب ومرعب للغاية وكثير السرية. ويكون الضغط الإضافي على الرجل الذي يشعر أن عليه أن يكون صلباً من ناحية عاطفية ليداري حساسية زوجته المفرطة.

ما أصعب أن تكونين حاملاً!

ماذا يجب أن تتوقعي من طبيبك بعد الإسقاط؟

بعد أن تتغلبين أنت وشريكك على الحزن وتشعرين أنك جاهزة لإخصاب آخر، هذا هو الوقت الذي يجب فيه استشارة طبيب الولادة في أمور المستقبل.

فطبيبك لن يسأل فقط عن النزيف و/ أو التقلص الذي أدى إلى الإسقاط، بل أيضاً عن تاريخك العام السابق فيما يخص الصحة والدورة

الشهرية. وسيكون هناك العديد من الأسئلة. وكل سؤال وجواب قد يطرحان خطأ جديداً في المعالجة. مثلاً، هل لديك تاريخ بداية الطمث (عمر أول دورة شهرية) أو تاريخ توقف الدورة الشهرية، فقد يكون كل منهما إشارة إلى الإباضة الرديئة. إذا كان الأمر كذلك، فقد تحتاجين إلى **فحص بطانة الرحم** (أنظر لاحقاً) أو فحص للتحقق من وجود مشاكل هرمونية. أما إذا كان عندك تاريخ من الألم الحاد المترافق مع الدورة الشهرية (عسر الطمث) فهذا قد يقود طبيبك إلى البحث عن وجود خلل في شكل الرحم.

وإذا كنت قد أسقطي أكثر من مرة. فهل يظهر أي نمط معين؟ فإذا كانت الإسقاطات كلها تحدث في الفترة بين الشهر الرابع والسادس من الحمل، مثلاً، فقد تكون المشكلة في عنق الرحم الضعيف جداً أو الغير كفؤ الذي لا يحمل الجنين.

وقد تُسألين أيضاً عن مستويات النشاط المختلف الأنواع ـ إذا كنت، مثلاً تشتركين في الرياضيات القوية. فإذا كنت نشيطة جداً قد يطلب منك أن ترتاحين أكثر خلال الحمل القادم، على الأقل بعد تجاوز فترة الأسابيع الإثني عشرة أو الثالثة عشرة، أو بعد المرحلة التي تم بها الإسقاط السابق. وكذلك قد ينصحك الطبيب بالابتعاد عن الجماع حتى نهاية الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل على الأقل.

هل هناك تاريخ عائلي من الإسقاط من جانبك أو من جانب شريكك؟ فقد يدل ذلك على مشكلة وراثية. فإذا كانت أمك قد أسقطت عدة مرات، فيمكن أن تكون قد تناولت هرمون (diethylstilbestrol) DES عندما كانت حاملاً بك مما قد يسبب عندك مشاكلاً في الخصوبة أو الإسقاط.

هـل تتعاطـين أنت وشريكـك المخدرات أو العقـاقـير؟ فـالأدويـة والمخدرات يمكن أن تكون عواملاً في تسبيب الإسقاط. هل يدخن أحدكما أو يشرب الكحول بشكل كثيف؟

كما ترين فإن تاريـخ شريكك هو مهم أيضاً، ويجب عليه الذهاب معك إلى الطبيب، أقلها عند المراجعة الأولى.

وقد يتضمن تاريخك الطبـي تفاصيلاً عن تمديد وتجريف الرحم سابقاً (والذي يعرف بالإجهاض المستحث) لانهاء الحمل. فطبيبـك يحتاج إلى معرفة ذلك وخاصة إذا كانت هذه العملية قد أجريت منذ أكثر من خمس سنوات عندما تم فتـح عنق الرحم ربما بطريقة ميكانيكية باستعمال أداة التمديد المعدنية.

ومن المعروف الآن أن هناك زيادة في إسقاطات المرحلة الوسطى من الحمل (من الأسبوع الثالث عشر إلى السادس والعشرين) عند النسـاء اللواتي عندهن تاريـخ الإجهاض المتعدد ـ متعدد بمعنى الست أو السبـع مرات. فتسبب الإسقاط «قد يكون عنق الـرحم الغير كفؤ (الضعيف) الناتـج عن تمدده الزائد خلال الإجهاضات المتكررة. وقد جاء الكثير من المعلومات عن تأثير الإجهاض المتكرر على حالات الإسقاط من أوروبا الشرقية حيث جرى استعمال الإجهاض لمدة طويلة كوسيلة من وسائل منـع الحمل. ولكن تأكدي أن حالتين أو ثلاثة من الإجهاض لن يزيد من مخاطر حـدوث الإسقاط. مـع هـذا يجب إطلاع الـطبيب على تـاريـخ الإجهاض عندك.

بعد هذه الأسئلة يشمل فحص الطبيب الجسدي معاينة جسدية عامة لإكتشاف أي خلل صحي وكذلـك فحص حوضي للتـأكد من صحـة

الأعضاء الحوضية ومن كون شكل الرحم طبيعياً. وفي وقت إجراء لطاخة بابا نيكولا الروتيني (وهـو أسلوب للكشف عن السرطـان المبكر في عنق الرحم وبطانته) يأخذ الطبيب عينة من إفرازات عنق الرحم ويزرعها بهدف إكتشاف العدوى التي قد تساهم في إحداث الإسقاط، مـع أن هذا قد يكون لا أعراض له.

بعد ذلك يناقش الطبيب معك ومـع زوجك الاحتمالات المتعددة التي سببت مشكلتك وقد تنظم سلسلة من الفحوص بالاستناد إلى حالتك الخاصة.

فيما يلي ندرج الأسباب الممكنـة للإسقـاط، والفحوص التي يجب إجراؤها. وسنأتي على تفصيل ذلك لاحقاً في هذا الكتاب.

1 ـ **العدوى**: لإكتشاف ذلك يجب أن تؤخذ الإفرازات من عنق الرحم، كما في لطاخة بابا نيكولا. ويجب أن يفحص زوجك أيضاً لوجود العدوى. ويمكن أن تؤخذ عينة من سائله المنوي في وقت إجراء التحليل المنوي الذي يجري في مختبر خاص. وكذلك يمكن أن يجري هذا الفحص في عيادة الطبيب بواسطة عينة نظيفة من البول تؤخذ بإدخال أنبوب دقيق في الحالب. ولكن معظم الرجال يتوقفون عن إكمال هذا الفحص!

2 ـ **أسباب متعلقة بالغدد**: قد يعطي الفحص العام فكرة عن سبب غددي أو هرموني (فكلمة غددي و هرموني تعنيان الشيء نفسه). فقد يطلب الطبيب أن تؤخذ عينة من الدم لدراسة الغدة الدرقية، بمـا أن الاضطرابات السطحية لهذه الغدة قد تساهم في الإسقاط. وكذلك للتأكد من وجود إنتاج كافٍ خلال الدورة الشهرية للبروجسترون ـ الهرمون الأكثر أهمية في أول الحمل ـ قد يطلب الطبيب قياساً لهذا الهرمون في الدم في النصف الثاني من الدورة القادمة. وقد يطلب منـك أيضاً أن تحتفـظي

بجدول للحرارة. فالارتفاع في درجة حرارة جسمك في وقت إنتاج البويضات، أو الإباضة ـ النقلة الحرارية ـ يدل على أن هناك كمية كافية من البروجسترون. هذه الإباضة تحصل قبل الدورة الشهرية بأربعة عشر يوماً.

أما فحص بطانة الرحم فهي طريقة دقيقة لتحديد ما إذا كان هناك إباضة وإذا كان هناك إنتاج كافٍ من الهرمونات بعد الإباضة للاحتفاظ بالحمل. وتتضمن هذه الطريقة استئصال عينة من بطانة الرحم عند آخر الدورة الشهرية (أي حوالي اليوم الخامس والعشرين أو السادس والعشرين من بدء الدورة). وتسبب هذه العملية إنقباضاً قصير الأمد، يمكن مقاومته بأخذ مزيل خفيف للألم. أما كيف تجري عملية الاستئصال فسنبحث ذلك لاحقاً.

أما الهرمون الأخر الذي يتحكم به الأطباء بعد الإسقاط فهو البرولاكتين. فإذا كان هذا الهرمون موجوداً بنسبة عالية جداً فقد يؤثر في الحمل المبكر، لكن علاج ذلك متوفر.

3 ـ **تشوهات الرحم**: إذا ظهر، من خلال تاريخك، أن تشوهات الرحم هي سبب الإسقاط فسوف تحولين إلى طبيب الأشعة لأخذ صورة للرحم لمعرفة ما إذا كان شكله طبيعياً من حيث التركيب وللتأكد من كفاءة عنق الرحم ـ أي لمعرفة ما إذا كان عنق الرحم ضعيفاً جداً كي يحمل الجنين. وعادة ما تعطى المضادات الحيوية قبل هذه العملية لتجنب إصابة الرحم من حقنة المادة الملونة. فصورة الرحم تؤخذ عادة بواسطة أشعة X في عيادة طبيب الأشعة. وقد تسبب العملية بعض الإنقباض وشعور خفيف بعدم الإرتياح لأن المادة الملونة تحقن في الرحم من خلال عنق الرحم.

4 ـ **العوامل الوراثية**: إذا كان السبب الوراثي محتملاً فربما تحولين أنت وشريكك إلى مركز الفحص الوراثي حيث، بعد المقابلة، تؤخذ عينة من الدم من كلا ذراعيكما لفحص الكروموزومات. وتؤخذ كريات الدم البيضاء من العينتين وتزرع لمعرفة ما إذا كان عندكما كروموزومات طبيعية، مما قد يدل على سبب الإسقاط.

5 ـ **المضادات الحيوية المضادة للشحميات الفوسفورية**: هذا الفحص الحديث هو لحالة يظن أنها مسؤولة عن أكثر وأكثر من الإسقاطات التي كان يصعب شرحها سابقاً. ويحدد هذا الفحص ما إذا كان هناك مضادات حيوية في مجرى الدم. والمضادات المعنية هي مضاد كارديوليبين ومضاد التجلط البارد الذأب. ففي حال وجود أي من هذين المضادين، فهناك علاج يبدو أنه ناجح. ولكن تذكري أن هذه طريقة حديثة. ويمكن أيضاً، من خلال عينة الدم، قياس صفائح الدم (العامل في تجلط الدم)، خصوصاً إذا كنت قد أسقطتي أكثر من مرة. فالنسبة العالية من صفائح الدم هي حالة أخرى يمكن علاجها.

6 ـ **علم المناعة**: وهو حقل مثير آخر يبحث حالياً إكتشاف المضادات الحيوية التي قد تنتجها أنت كأم في فترة الحمل. ولأن الحمل يتألف من نسيجك أنت كما من نسيج شريكك، فقد ترفض مضاداتك الحيوية هذا الحمل إلا إذا، كما يحدث عادة، تشكل عندك عاملاً وقائياً في الدم. وكفحص تخطيطي لهذه الحالة يتم فحص دمك في مختبر خاص. فهذه المشاكل المخالفة لجهاز المناعة تكون غير ظاهرة العوارض ـ أي أنها لن تؤثر فيك بغير فترة الحمل. أما الشرح الكامل لسبب حصول ذلك فهو موجود في الفصل الخامس، الصفحة 168.

7 ـ **الخلل الصحي**: في حال تم وقت المعاينة الطبية إكتشاف إنك تعانين من خلل صحي كداء السكري المستعصي وداء الغدة الدرقية، داء

القلب أو ضغط الدم المرتفع فسوف تحولين إلى الطبيب الداخلي للمعالجة. فمن المعروف أن بعض الخلل الصحي العام قد يساهم في إسقاط الحمل.

متى يمكن محاولة الإخصاب ثانية بعد الإسقاط؟

إن قرار بدء حمل جديد يتوقف حصراً عليكما كزوجين. فقد كان هناك نصائح متناقضة عن الانتظار شهراً، ثلاثة أشهر أو حتى أكثر. لكن قد تبين الآن أنه ليس هناك أي سبب طبي للانتظار ـ غير التأكد من الاستعداد العاطفي والنفسي للبدء ثانية ـ إلا إذا كنت تخضعين لمعالجة بعض العوارض الخاصة المتعلقة بالإسقاط.

عندما انصح بأن تعطي نفسك فرصة للشفاء نفسياً فأنا أقصد أيضاً التغيرات الهرمونية التي حصلت في جسمك. فمثلاً، يتطلب الأمر شهراً إلى شهرين كي تترك كل هرمونات الحمل مجرى الدم، مما يعني أنه حتى بعد ثلاثة أسابيع أو أكثر من الإسقاط الكامل أو عملية الإجهاض يمكن أن تبقى نتيجة فحص الحمل إيجابية! وعادة تعود العادة الشهرية بعد أربعة إلى ستة أسابيع من الإسقاط. ويمكنكما محاولة الإخصاب خلال تلك الدورة إذا رغبتما. فالانتظار ليس ضرورياً.

وكذلك فإن ردة الفعل العاطفية على الإسقاط تختلف كثيراً بين الناس، فعند البعض ينشأ جزء من ردة الفعل من الخوف لأن الإسقاط يحدث بشكل مفاجىء مترافق مع الألم والنزيف وربما خسارة بعض الأنسجة. وهناك الاندفاع إلى المستشفى، وغموض السبب المجهول، الحزن وأخيراً الشعور أن اللوم يقع على عاتقك بشكل أو بآخر. ويصبح الخوف قلقاً بسبب كل تلك الأسئلة الغير مجابة.

ما العمل في حال عدم وجود أي سبب؟

في حال عدم وجود أي سبب للإسقاط، حتى بعد الاستقصاء المكثف من قبل الطبيب، يبقى أنه بإمكانك أخذ بعض الإجراءات الوقائية. وانصحك أن تأخذي الأمور ببساطة خلال فترة حملك القادمة مع أكثر ما يمكنك من الراحة السريرية في الأسابيع التسعة إلى العشرة الأولى. (في الفصل الثاني، صفحة 43، اشرح بشكل كامل لماذا اؤمن بثبات بقيمة الراحة السريرية).

فعند رؤية خفقان قلب الجنين على شاشة التصوير الفوق السمعي في الأسبوع السادس أو السابع، يجب أن يخف قلقك بشكل كبير، مما يساعد على اعطاء الحمل الفرصة القصوى على الاستمرار بشكل طبيعي.

حافظي على موقف إيجابي

من المهم أيضاً عند الحمل الجديد، أن تحاولي الحفاظ على موقف إيجابي وعدم التفكير بإمكانية إسقاط آخر. وأنا أعلم أن ذلك قد يكون شيئاً يستحيل تحقيقه ـ خاصة أنك عشتي اليوم أو الأسبوع المخيف قبل الخسارة الأخيرة. ولكن بما أن الضغط النفسي والقلق العاطفي يلعبان دوراً ما في الإسقاطات المستقبلية، خاصة إذا كنت تختبرين الكثير من الخوف المزمن، انصحك في هذه الحالة مراجعة طبيبك، معالج ما، أو مرشد اجتماعي ليساعدك على التغلب على هذه المشاعر. ويمكن أيضاً أن يكون هناك الكثير من الشعور بالذنب، وأن يكون الإسقاط السابق قد سبب لك المشاكل مع زوجك. فمن الأفضل أن تبقي هذه المشاعر تحت السيطرة بعض الشيء.

إيجاد الطريق إلى الحمل الطبيعي

إذا كان طبيبك يتحكم بمستويات هرمونات الحمل ويتأكد من سلامة الحمل (مع الصور الفوق سمعية المنتظمة) وإذا نجحت أنت في تخطي المرحلة الحرجة أحياناً ما بين الأسبوع التاسع والثالث عشر، أي الوقت الذي يكون فيه قد كمل نمو المشيمة، يمكنك عندها مزاولة النشاط المعتاد. وسيتابع طبيبك معاينتك من وقت إلى آخر للتأكد من أن كل شيء هو على ما يرام.

كيف تجدين القدرة على الاستمرار؟

الآن أريد أن أخبرك قصة المرأة الفائقة القوة والشجاعة، باولا، التي تمكنت أخيراً من إنجاب طفلة رائعة بعد سنين من تناوب اليأس والأمل، السنين التي تحملت خلالها هي وزوجها ثمان إسقاطات حتى جاء الوقت الذي شعرا فيه أنهما غير قادرين على الاستمرار.

ودل التشخيص عند باولا أن لديها عنق رحم غير كفؤ ومشاكل هرمونية أيضاً، ولكن بعد الراحة في السرير لمدة ثمانية أشهر تقريباً نجحت أخيراً في إضفاء النهاية السعيدة على قصتها.

كالعديد من قصص النساء الأخريات اللواتي أعطين من وقتهن للإفصاح عن قصصهن في هذا الكتاب، فقصة باولا يمكن أن تكون إلهاماً للنساء اللواتي بدأ إيمانهن وأملهن بالذبول.

«عند زواجنا حسبنا أنا وزوجي أنه ستكون لنا عائلة كبيرة»

كان أول حمل لي منذ أربعة عشر سنة. وكان قد مضى على زواجنا أكثر من سنة، وكنت حينها في الرابعة والعشرين من عمري وفي آخر سنة من الكلية. حصل الحمل في الصيف وكنا نتوقع المولود في بداية السنة

القادمة. ولكني أسقطت بعد أربعة أشهر ونصف. لقد فوجئنا لأن كل شيء كان يبدو طبيعياً. وأتذكر أنه لمدة أسبوع كان يخرج مني سائل مائي، ولكن لكوني شابة لم أقلق بتاتاً. وبدأت بعدها أوجاع رهيبة بدت بشكل انقباضات. لذا استلقيت في السرير لكن تواتر الألم بدأ ينذرني بالمخاض.

أسرع زوجي إلى المستشفى ولكن في تلك الليلة كنت قد خسرت الجنين. تدفق الماء بشكل ظاهر وبدأ النزيف وكان الطفل ميتاً عند نزوله. خلال فترة الحمل كنت أشكو فقط من ألم في الجهة اليمنى. وقد شرح لي الطبيب أن نسبة عالية من حالات الحمل الأولى تنتهي بالإسقاط، وأنه سوف يضع درزة شيرودكر (وهي درزة توضع دائر عنق الرحم لحمل الجنين) في المرة القادمة.

فالأمر أنك تصبحين حاملاً وتتوقعين مولوداً كامل المدة ولكنك تفاجئين بإسقاط. وللتغلب على ذلك تتشجعين أن المرة القادمة ستكون أفضل. وهكذا بعد ثلاثة أشهر صرت حاملاً مرة ثانية في السنة ذاتها. ووضع الطبيب الدرزة في الأسبوع العاشر من الحمل. وحصل أننا ذهبنا لزيارة بعض الأقرباء في عيد الميلاد، ولما عدنا كان الأمر قد انتهى ثانية. فلم تنفع الدرزة. وكان هذا الإسقاط سريعاً وحصل تقريباً في نفس الوقت الذي حصل فيه الإسقاط السابق أي أربعة أشهر ونصف. نهضت من السرير وبدأ تدفق الماء. وكان الألم فصرت أنزف ثم خرج الطفل، بالرغم من بقاء درزة شيرودكر في مكانها.

دخلت إلى المستشفى ذاتها. وللمرة الثانية وجدت الاختبار جارحاً فقد أجروا لي عملية تمديد وتجريف الرحم تحت المخدر الموضعي. كان الأمر رهيباً وأليماً جداً جداً. بعدها طلب مني الطبيب أن استرخي وأرتاح بعض الوقت قبل معاودة الحمل، وأنه في تلك الأثناء سيحولني إلى طبيب اختصاصي.

وهكـذا، بـدأت أخضـع للفحـوص في منتصف السنـة. ولكنهم لم يجدوا لديّ أي مشكلة. لقد تم تصوير الرحم بالأشعة، وكان شديد الألم، لكن شيئاً لم ينتـج عن ذلك. وقررنا المحاولة ثانية ولكن لمدة سنة لم يكن الإخصاب ممكناً. بعدها حصل الحمـل في أواخر الصيف. هذا الحمل لم يدم طويلاً. ففي الشهر الثاني أصابني ألم في الجزء الأسفل من المعدة. ودخلت المستشفى للراحة السريرية وبقيت هناك، ولكن ما النفـع فقد خسرت الطفل بعد أربـع أسابيـع. حتى أني لم أكن حاملاً لثـلاثة أشهر. وكان الطبيب كل الوقت يريد وضـع الدرزة ثانية، لكن الحمل كان غير مستقر ــ فقد كنت أنزف كل الوقت ــ مما يحول دون تلك العملية.

ومرة أخرى تنجح المعجزة: بعد انحسـار ألم الإسقاط، تبـدأين بالتطلـع إلى الأمل والنور وتوقنين أن المرة القادمة ستكون أفضل. حصل لي الحمل مرة أخرى السنة اللاحقة. وكان هذا الحمل الرابـع. كانت الأمور تسير على ما يرام ولكن بعدها خسرت الحمل مرة أخرى في الشهر الرابـع. فقد بدأ تدفق الماء في منتصف الليل وأدخلت المستشفى عـلى الفور. ولأننا انتقلنا إلى منطقة أخرى كانت المستشفى مختلفة والـطبيب مختلف أيضاً.

وبقيت هناك في راحة السرير، ولكن أخيراً في اليوم التاسـع صرت مريضة للغاية وأصبت بالحمى وبدأت أعاني من نوبات البرد. في اليوم التالي خرج الطفل. لم تجرى عملية تمديد وتجريف الرحم وذهبت إلى البيت مـع المضادات الحيوية التي علي أن أتناولها. لكن حالتي إزدادت سوءً، فقد تورمت قدماي من التسمم. وكان من الضروري العودة إلى المستشفى حيث تم علاجي بمجموعة من المضادات الحيوية داخـل الوريـد، قبل التمكن من إجراء تمديد وتجريف الرحم. وكان ذلك مخيفاً جداً ــ أن تسقطي أربـع مرات وتخضعين لهذه العملية أيضاً.

في هذا الوقت كنت قد أصبحت مدرسة في الثانوية. وشعر طبيب آخر أن كل ما أحتاج إليه هو معالجة بالهرمونات وراحة سريرية. وهكذا حاولنا حملاً آخر. ولكن الإسقاط الآخر حدث بين الأسبوع السادس والثامن عشر. وكنت اختبر ألم المخاض والنزيف، وبالوقت الذي وصلت فيه إلى المستشفى كنت قد خسرت الحمل. في المستشفى أجريت لي عملية أخرى لتمديد وتجريف الرحم وأجريت التصوير الفوق السمعي الرحم، حيث تم إكتشاف كيسات مبيضية. وهكذا بعد عدة أشهر أجريت لي عملية لإزالتها. في الوقت ذاته ثبت الطبيب الرحم المنقلب للخلف لأنه ظن أن هذا الرحم المنقلب قد يكون سبباً في الإسقاط.

وفي أواخر تلك السنة جئنا إلى نيويورك لزيارة طبيب متخصص آخر حيث أجري لي تصوير اشعاعي آخر للرحم وخضعت أنا وزوجي إلى معاينة وراثية. وأخيراً انتقلنا إلى نيويورك لأن زوجي كان يبتدأ عملاً جديداً كصانع أفلام ولأنه بذلك يمكنني العودة إلى الجامعة ودراسة الماجستير ولكن السبب الأهم هو أن أكون بالقرب من مختلف الأطباء والمستشفيات. أما الدراسات الوراثية لنا فلم تظهر أي خلل. بعدها قصدت اختصاصياً آخر فحصني بشكل كامل وبدا أني سليمة جسدياً. واقترح أن نحاول حملاً آخر.

لقد مضى سبع سنوات ونحن نحاول، وحصل لي الحمل مرة أخرى ولكن كالسابق فقد استمر أربعة أشهر ونصف. هذه المرة لم يعد جسمي قادراً على إخراج الجنين. وأخيراً بعد ثلاثة أيام طوال خرج الطفل. وبالنتيجة نشأت العدوى واضطررت إلى البقاء في المستشفى عشرة أيام إضافية.

بعد ذلك نصحني بعض الأصدقاء أن أرى اختصاصياً آخر. ورأى

هـذا الأخير أن مشكلتي هي في الأنسجة الممـزقـة في بطانـة الرحم. فاستعمل المنظار الرحمي، وهو طريقة لمعاينة جوف الرحم، ثم استعمل أشعة اللايزر كي يزيل التمزق. وقد وجد أيضاً ورم ليفي على الجانب الأيسر في جوف الرحم.

أما بعد الحمل السادس ـ والذي خسرته أيضاً ـ قلت لنفسي أنه سيكون الأخير. فلم يعد باستطاعتي معاودة الكرة.

وعندما صرت حاملاً للمرة السابعة، لم نكن مرتاجين إلى الطبيب وقررنا عدم الذهاب إليه ثانية. كذلك لم يتغير أي شيء. وما زلنا لا نعرف لماذا يحصل ذلك. هذا الحمل لم يكن مخططاً وفي النهايـة انتهى قبل أوانه. فلم أعد قوية كفاية كي أعيش لمرة أخرى كل الأمل ـ والألم.

أما الإسقاط، الأخير، الحمل الثامن، فقد حصل بعد شهرين من الحمل. وبذلك قد اكتفيت. ولكن سيدة شابة، كنت أعمل معها في ذلك الـوقت كـانت حـامـلاً أيضـاً، شعـرت بـالألم تجـاهي وطلبت مني أن أراجـع طبيب الولادة الذي تذهب هي إليه في شأن الإسقاط المتكرر. وهكذا حصلنا على النصيحة النهائية التي كانت بمثابة المنعطف لكل منا. كان زوجي يشاركني في كل ما أمر به. وكان يذهب معي في كل الزيارات لعند الطبيب. ولم أكن وقتها بصدد زيارة أي طبيب ولكنني احتفظت برقم الهاتف الذي أعطتني إياه صديقتي تلك.

حيث تكون الحياة يكون الأمل، ومـع أنك تقررين عدم الإنجاب بتاتاً، يبقى هناك صوت خفيف يشجعك على محاولة أخرى؟ أظن أن الأمر كان كذلك، فكرة ما في فكري العميق، ماذا لو قصدت طبيباً آخراً يقولون أنه أفضل الأطباء في نيويورك؟ قلت لنفسي سأذهب كزيارة عادية لطبيب نسائي. وتوقعت أنه سيكرر ما كنت اسمعه أنه هناك القليل من الأمل.

ولكن بجلوسنا، أنا وزوجي، هناك نستمع إلى لائحة الأشياء التي يمكن أن يتم استقصاءها، انفتحت عيوننا بدهشة. ومرة أخرى إرتفعت معنوياتنا، ومع أننا نعيد سرد القصة ذاتها أمام طبيب مختلف، يكون الأمر عاطفياً وجارحاً للغاية.

وقد أجرينا فحصاً للدم لمعرفة ما إذا كان الجسم يرفض الجنين، لكن النتيجة كانت سلبية. بعدها تم أرسالنا إلى طبيب للغدد. كنت دائماً إمرأة كثيفة الشعر وبالحقيقة أظهرت الفحوص أن مستوى التستوستيرون (الهرمون المذكر) كان فوق العادة. وقد شخص هذا الطبيب الأمر أنه داء الكيسات المتعددة في المبيض (PCOD) والذي قال أنه ناتج عن الإنتاج المفرط لبعض الهرمونات المذكرة. هكذا بدأت المعالجة لخفض مستوى هذه الهرمون. أخذ ذلك سنة كاملة ولكن في شهر كانون الأول قال الطبيب أنه يمكننا أن نحاول الحمل ثانية.

وكما يمكنكم التخيل فلم أزل خائفة جداً. ولكننا نحاول دائماً صنع الأعذار التي نريدها نحن، وكان الحال أن الشركة التي أعمل لحسابها (فقد تركت التدريس وأعمل الآن في شركة تجارية) تمر بتغيرات كثيرة. وفكرت أني إذا أردت الاستفادة القصوى من الطب يجب أن أحاول ذلك الآن. بالإضافة إلى ذلك، لقد كان الطبيب النسائي وطبيب الغدد متعاطفين جداً، وشعرت أنني تقريباً مدينة لهما بهذه المحاولة. وهكذا وفي مطلع السنة اللاحقة صرت حاملاً.

وحالما تأكدنا من حدوث الحمل، طلب مني الطبيب أن أذهب إلى السرير حالاً. لقد كان حملاً جارحاً جداً للجميع ـ زوجي وكل العائلة. لزمت الفراش وأنا قلقة. وجرب الطبيب كل ما يقدر أن يفكر به. وكنت أعالج بتحاميل البروجسترون لتعزيز مستوى الهرمونات عندي، ووضع لي

الطبيب درزة شيرودكار باكراً في فترة الحمل، وعالية حول عنق الرحم. وكنت أيضاً أخذ المضادات الحيوية لمنع الدرزة من أن تسبب لي العدوى بواسطة بكتيريا المهبل. وكلفت هذه العلاجات لوحدها أكثر من مئة دولار في الأسبوع الواحد!

وكذلك كنت أذهب لزيارة الطبيب مرة في الأسبوع. وقد اعتدت على ذلك اليوم بعد أسبوع من الراحة السريرية التامة. وكانت عناية ما قبل الولادة شيئاً مميزاً حقاً، مع اهتمام الطبيب وكل الممرضات. فأنا أكيدة من أن ذلك ساعدني كثيراً.

وقد انتابنا الخوف الأول في الأسبوع الثاني عشر. فقد بدأت أشعر بألم المخاض وانزف أيضاً. لا استطيع أن أخبر عن الرعب الذي شعرت به. وكنت دائماً أقول في نفسي أني لا أريد أن أمر في تلك التجربة ثانية. ولكنني ذهبت لمراجعة الطبيب، ورأينا على شاشة التصوير الفوق السمعي أن الجنين كان حياً. وامكننا أيضاً رؤية عنق الرحم الذي كان مغلقاً. وفي الواقع كان الحمل لا يزال عالياً في الرحم. وكانت الدرزة حول عنق الرحم محكمة.

واعطاني الطبيب ريتودراين Ritodrine، لتهدئة الرحم. فلم يتم ذلك قبل بأي حمل آخر. وخرجنا من عيادة الطبيب ونحن نشعر بثقة أكبر. وكانت هذه المرة الأولى التي أذهب فيها إلى الطبيب بداعي النزيف والانقباض وأعود إلى البيت حاملاً.

لاحقاً بدأ الحمل يضغط نزولاً على الدرزة وطلب مني أن استلقي بشكل مسطح على الفراش قدر المستطاع. لقد كنت في السرير منذ الأسبوع السابع من الحمل، لا أنهض سوى إلى المرحاض أو لزيارة الطبيب مرة في الأسبوع. ولكن لفترة الأسابيع الثمانية التي تلت كنت

مستلقية على ظهري لا أجلس حتى. بعدها بين الأسبوع الثلاثين والثاني والثلاثين. وفي إحدى الزيارات أعلن الطبيب بحماس، «لقد حصلنا على طفل». فكل ما يحتاج إليه كان بعض النمو ولكن إذا جاء المخاض فلا مشكلة في ذلك.

وقرر الطبيب أن ينزع الدرزة في مطلع كانون الأول، أسبوع تقريباً قبل موعد الولادة. ولكن في عطلة عيد الشكر (يوم الخميس الأخير من تشرين الثاني) سمحنا لنفسنا أخيراً بحفلة على شرف الطفل. وجلست في السرير للترحيب بالأصدقاء. كانت الساعة التاسعة والنصف عندما غادرنا آخر شخص، وحالما نهضت من السرير لأخذ دوشاً بدأ الماء بالتدفق.

ذهبنا إلى المستشفى وكان من الضروري نزع الدرزة الأمر الذي لم يكن سهلاً كونها محكمة للغاية. لم يحدث لي مخاض طويل، وكدت لا أشعر بأي إنقباض. فقد ولدت ابنتي في الأسبوع الرابع والثلاثين، تزن خمسة أرطال وست أونصات. وكانت طبيعية تماماً ولم تكن مبكرة أبداً. وقد حفظت في الحضانة العادية وكل ما فعله الطبيب كان زيادة أوقات أطعامها. وسمح لها بالعودة إلى البيت معنا.

ابنتي الآن عمرها سنتان ونصف وبإمكاني أن أعاود الحمل لأجلها. ولكن إنجاب طفل آخر سيكون صعباً للغاية. أنا لا أفضل الطفل الوحيد وأشعر أنها بحاجة إلى أخ يساعدها. لكن أن أعود إلى راحة السرير مع طفل في البيت لن يكون سهلاً. لست متأكدة. أما الآن فأنا محتارة بين العودة للعمل أو محاولة حمل جديدة. لقد فرحنا كثيراً أن تكون لنا ابنة ـ لكن الأمر كله في غاية الغرابة. عندما تزوجنا، كنا نحب الأطفال وحسبنا أنا وزوجي أنه ستكون لنا عائلة كبيرة!.

مع ذلك ما زلنا غير متأكدين من سبب الإسقاط المتكرر الذي

حدث لي. ماذا يهمنا أن نعرف؟ ولكن، وبطرق عديدة أشعر أن ما قاد إلى هذه النتيجة السعيدة هو العناية والمعالجة الفائقة الاهتمام التي حصلت عليها.

الفصل الثاني

متى يكون النزيف والانقباض مشكلة

أنت إمرأة طبيعية وسليمة تتطلعين بسعادة لأن يكون لك طفل. وكما الحال عند باولا، التي قرأتي قصتها في الفصل الماضي، فمن غير المحتمل أن تكوني قد فكرت بخسارة الحمل ـ إلا إذا كان تاريخ من الإسقاط قد لحقك أو لحق أحد أقربائك ـ ولكن الأحداث تحبط فجأة كل أحلامك. وتجدين نفسك في عالم سفلي، غريب، غامض ومليء بالدموع والحسرة.

فالعوارض الشائعة لإسقاط وشيك هي النزيف والانقباض. ولكن النزيف في الحمل هو شيء مألوف ويمكن، عند اللواتي لا يسقطن، أن يكون طبيعياً جداً. لذلك فإن من الواضح أنه يجب التمييز بين ما هو طبيعي وما قد يعني أسقاطاً محتملاً.

إلى حد السبعين بالمئة من النساء الحوامل يختبرن درجة من خسارة الدم خلال الأسابيع الأولى من الحمل، كيف يمكن لذلك أن يحدث بعد توقف تدفق الدم في الدورة الشهرية الطبيعية؟ أحد الأسباب هو أن الجنين والمشيمة لا يملآن جوف الرحم كلياً قبل الأسبوع العشرين من الحمل، وانه، كما في كل الأوقات من حياة المرأة، قد يبقى مستوى الهرمونات متقلباً إلى حد ما. فكما أن إنسحاب الهرمونات في حال عدم الحمل يؤدي إلى الطمث، تؤدي تقلبات الهرمونات في حال الحمل إلى النزيف. وهذا النزيف لا يأتي من الجنين ذاته بل من بطانة الرحم التي لا تزال غير مشغولة، وهذا لا يشكل أي خطر على نمو الجنين.

هذا النوع من النزيف أو السيلان يميل إلى الحدوث لسبب ما، بشكل خاص في تلك الفترة التي تتوقعين فيها الطمث إن لم تكوني حاملاً، أي بين الأسبوع العاشر والثاني عشر، عندما تتولى المشيمة تغذية الحمل هرمونياً، الشيء الذي كان يتم بواسطة الجسم الأصغر الموجود في المبيض قبل هذه الفترة. أو قد يحدث النزيف عندما تنزرع المضغة المخصبة في الرحم، بعد رحلتها نزولاً عبر البوق، مما قد يسبب خروج بعد الدم في هذه المرحلة.

إذا كان السيلان بنياً داكناً فعادة ما يدل ذلك على وجود كمية صغيرة جداً من النزيف البطيء والذي كان راكداً لفترة. فهذا ليس دماً أحمراً نضراً يدل على المزيد من النزيف الناشط وبالتالي فهو ليس سبباً للهلع. أما إذا أصبح النزيف نضراً وكثيفاً كما في الدورة الشهرية أو أكثر، عندها قد يكون هناك مشكلة. ويجب عليك المكوث في السرير والاتصال بالطبيب.

وفيما يخص الإنقباض. تذكري دائماً أن الرحم ينقبض في كل الأوقات إن كنت حاملاً أم لا: خلال الدورة الشهرية، الذروة الجنسية وحتى في أوقات عادية من النهار. أما إذا كان قد حدث لك الإسقاط من قبل وشعرت ببعض الإنقباض فهذا يجعلك حتماً قلقة. ولكن من الطبيعي جداً أن يحدث الإنقباض بدون النزيف خلال الحمل.

وقد وجدت أن النساء اللواتي عانين من إسقاط سابقاً يمكن أن يصبحن متوترات للغاية لدى احساسهن بالإنقباض وهذا يولد عندهن سلسلة من ردات الفعل يقال لها حالة الكولون المتشنج (أي التغوط الهيوج) والتي تنتج عن إثارة الجهاز العصبي المستقل. وهذا الجزء من الجهاز العصبي هو الذي يتحكم بالأعضاء الداخلية. فمن خلال هذا

النوع من ردة الفعل العصبية ينتفخ الكولون، أو الامعاء الغليظة، يمتلأ بالغازات. ويكون الإنقباض الحاصل ناتج عن حركة التغوط وليس عن الرحم كما تشعرين به في كل أنحاء المعدة وليس فقط في موقع الرحم. فالمعدة إيضاً تنتفخ بالغازات. ولكن الإنقباض الشديد الحدة يتطلب استقصاء فورياً، لأنه قد يكون دليلاً على إسقاط وشيك أو حتى حمل منتبذ (خارج الرحم).

أما النزيف فهو الإشارة المألوفة جداً لحدوث إسقاط مهدد أو حتمي. أود أولاً وقبل شرح المصطلحات المختلفة التي ستسمعينها من طبيبك أو من المرضين حول الأنواع المختلفة من الإسقاط، أن اشرح أفضل مسار لما يجب عليك عمله في حال حدوث أية عوارض.

ما العمل إذا كنت تخشين من احتمال الإسقاط

أعلم أن الهلع هو الشعور المألوف عندما تبدأ الأمور تسير بشكل سيء خاصة إذا كنت قد أسقطتي سابقاً. لكن الهلع، الاهتياج والانزعاج المفرط، ولسوء الحظ، يزيد من الحالة سوءً ليس إلا، وإلى جانب القول «إبقي هادئة»، إليك نصيحتي الفضلى: أولاً، إذهبي إلى السرير. إذا أحسست أن الإنقباض يبدو كالألم الحقيقي، استلقي على جانبك. إذا كان الألم شديداً ويدعو إلى استعمال الأدوية المزيلة للألم، عندها يكون ذلك إشارة للاتصال بطبيبك.

أما إذا خسرت بعض الدم، فليس من الضروري الاتصال بالطبيب حالاً، مثلاً، إذا حدث الأمر في منتصف الليل، وإلا إذا أصبح النزيف جرياناً متواصلاً (أكثر من سيلان)، فقد لا يكون الأمر علامة سلبية.

وقد تخاف أي إمرأة وبشكل طبيعي من أن الإسقاط سيقود إلى نزيف حاد (hemorrage) وبالنتيجة أنها ستكون بحاجة إلى عملية نقل

للدم. ولكن تأكدي أنه برغم القصص المخيفة التي قد سمعتها عبر السنين، ومع أن حدة فقدان الدم قد تكون مرعبة، يمكن لطبيبك أن يسيطر على ذلك.

أما إذا كان الحمل في فترته المبكرة، أي في الأسابيع الستة الأولى، فهناك احتمال ضئيل من أن النزيف الحاد سيصبح شيئاً خطيراً. فقد يحدث لك إنقباض وتجدين أن بعض الدم المتجلط يخرج منك. ويمكن أيضاً في حال كان الحمل لا يزال دون الأسبوع السادس، تجنب عملية تمديد وتجريف الرحم إذا حدث الإسقاط. ومن الحكمة أن نتذكر ذلك لأن عملية تمديد وتجريف الرحم المتكررة قد تزيد من احتمال نشؤ أما التصاقات داخل الرحم أوعنق الرحم الغير كفؤ، كما وصفت باولا باسهاب. (للمزيد عن تجنب عملية تمديد وتجريف الرحم وحماية عنق الرحم أنظري الفصل الرابع ص 152.

وإذا كنت حاملاً لأكثر من سبعة أسابيع فقد يحدث نزيف حاد يستمر لبضع ساعات، عندها **يجب أن تتصلي بطبيبك**، وبينما يحدث النزيف لا تستعملي السدادة بل فوط الاستعمال العادية. ودوني عدد الفوط التي استعملتي وكم كانت هذه الفوط مبللة، وحتى إجمعي كل ذلك وخذيه معك إلى الطبيب ليراها. وقد لا يكون من الممكن أن نعرف بدقة من كمية النزيف ما إذا كنت قد خسرت الطفل أم لا. ولكن، وكقاعدة عامة، أن أي نزيف يكون حاداً أكثر من الدورة الشهرية العادية ليس علامة جيدة.

هل يجب إجراء فحص داخلي إذا حصل النزيف في الحمل المبكر؟

ربما أراد طبيبك أن يجري فحصاً مهبلياً لمعاينة حالة عنق الرحم. فهو بحاجة لأن يعرف ما إذا كان عنق الرحم يقصر أو ينتفخ أو إذا كان هناك نسيجاً جنينياً مطروحاً إلى عنق الرحم أو المهبل. هذه هي إشارات

إلى إسقاط «حتمي»، الإسقاط الذي سوف يحصل، وعادة ليس هناك أي طريقة لإنقاذ الحمل ومنع الجنين من أن يطرح خارج الرحم.

ولكن إذا بقي عنق الرحم مقفلاً، كما قرأنا في قصة باولا، عندها قد لا تكوني خسرت الطفل. ويمكن للصورة الفوق السمعية أن تساعد في إظهار وضع الحمل الدقيق لك ولطبيبك. وأن شاء الله، سيمكنك حتى رؤية نبض قلب الجنين، الذي هو أفضل شيء في كل هذه الظروف.

وإذا كنت قد أسقطي سابقاً، فقد تقلقي من أن الفحص الداخلي سيزيد من احتمال النزيف أو أنه قد يجعل الإسقاط «المهدد» يصبح إسقاطاً «حتمياً». يمكنك مناقشة ذلك مع طبيبك. ولكنه احتمال بعيد أن يسبب الفحص الداخلي أسقاطاً ما كان ليحدث أصلاً، وتذكر أن الفحص الداخلي سيزود طبيبك بمعلومات قيمة.

لقد ذكرت في الفصل السابق الفائدة الهائلة من التصوير الفوق السمعي عند أطباء الولادة، هذه الفائدة تتضح في معالجتنا للنساء اللواتي قد نزفن في بداية حملهن أكثر منها في أي مجال آخر. فبواسطة نبض القلب، يمكننا أن نشخص ما إذا كان الجنين لا يزال حياً، حتى بعد النزيف الشديد، ويمكننا أن نعرف بشكل قاطع ما إذا كان لديك فرصة جيدة لاستمرار الحمل وإنجاب طفل سليم. فقبل استعمال التصوير الفوق السمعي (في بداية السبعينات) لم يكن هناك وسيلة فورية لمعرفة ما إذا كان الطفل لا يزال حياً، وكان من الصعب أيضاً اعتماد المعالجة اللازمة.

ويمكن لطبيبك أيضاً أن يفحص ما إذا كان مستوى الهرمونات في الدم كافٍ، مع أن النتائج قد تأتي بعد يوم أو إثنين. لكن مستويات الهرمونات هي أقل فائدة من التصوير الفوق السمعي لأنها قد تستمر على معدلات طبيعية حتى بعد موت الجنين. فالفحص العادي للحمل يكون

عديم القيمة في تحديد ما إذا كان الجنين لا يزال حياً، لأنه قد يعطي نتائج إيجابية بعد ثلاثة أسابيع تقريباً من موت الجنين أو من عملية تمديد وتجريف الرحم. إن هرمون موجه المنسل المشيمي عند الإنسان (HCG) هو الذي يقاس في فحص الحمل، ويمكن أن يستغرق إلى حد الثلاثة والعشرين يوماً كي يختفي من الدم بعد خسارة الحمل المبكر.

ما العمل إذا لم يظهر القلب على شاشة التصوير الفوق السمعي؟

إذا كنت ما دون فترة السبعة إلى الثمانية أسابيع من الحمل عندما بدأ النزيف قد لا يستطيع التصوير الفوق السمعي أن يظهر خفقان قلب الجنين (لكن المسبر الفوق السمعي) الجديد عبر المهبل يمكنه ذلك بين الأسبوع الرابع والسادس . وسوف تنصحين بإجراء تصوير آخر لاحقاً أي بعد أسبوع الثامن للتأكد من أن الجنين ما زال حياً. أما إذا لم تظهر أي إشارة إلى قلب الجنين في فترة الأسبوع الثامن إلى التاسع، فمعنى ذلك أن الجنين لم يعش. وإذا كان الطبيب يشك في أي وقت من الأوقات بقابلية الحمل على الاستمرار، فمن الأفضل أن تكوني صبورة وأن لا تفعلي شيئاً في ذلك الوقت، بل انتظري وكرري التصوير بعد عدة أيام. فقبل كل شيء قد تكون حساباتك خاطئة، وتكونين حاملاً بفترة أقل مما تعتقدين.

وحال رؤيتك لنبض قلب الجنين يجب أن يزول قلقك فوراً. وهذا التأكيد بحد ذاته يبدو أنه يساعد الحمل على الاستمرار بشكل سلس. فالتصوير الفوق السمعي يمكن أن يكرر حسب الضرورة، وحتى كل أسبوع أو أسبوعين إذا كان هناك أي شكوك، حتى تطمئن الأم أو الطبيب. وبالحقيقة أقول أنك إذا حدث لك النزيف في فترة الحمل المبكر، فاستعمال التصوير الفوق السمعي إما من خلال البطن أو عبر المهبل،

يمكن أن يكون عنصراً أساسياً في التأكد من سلامة الحمل. فقد أحدثت هذه الطريقة فرقاً كبيراً في التعامل مع النزيف في فترة الحمل المبكرة.

هل التصوير الفوق السمعي آمن في فترة الحمل المبكرة؟

من المؤكد أن التصوير الفوق السمعي يلعب دوراً أساسياً في التعامل مع الحمل الطبيعي ·وهو لا يقدر بثمن خاصة في حال حدوث التعقيدات كالنزيف والانقباض، ولأن هذا التصوير يعتمد موجات صوتية عالية الذبذبة، خارج نطاق سمع الأذن البشرية، ولأنه ليس نوعاً من الاشعاع الأيوني كالذي يستعمل في أشعة X، فهو آمن للغاية. ففي طرفي محولات الطاقة ـ مسابر آلة التصوير الفوق السمعي التي إما توضع فوق البطن (المسبر البطني) أو في المهبل (المسبر عبر المهبل) ـ هناك صفائح معدنية أو بلورية تتذبذب استجابة لتيار كهربائي. فترسل الموجات الصوتية التي ترتد بالتالي من الأنسجة حسب سماكتها أو كثافتها المختلفة. ويكوّن الحاسوب في الآلة صورة على الشاشة، مما يخول الطبيب والأم أن «ينظروا» داخل الرحم ويروا الجنين.

فمن زمن غير بعيد كان استعمال التصوير الفوق السمعي ذا قيمة عالية فقط في حالات الحمل التي تجاوزت الأسبوع السادس أو الثامن. وكان يتم وضع الزيت على الجزء الأسفل من بطن الأم. بعد التأكد من أن مثانتها ممتلئة. بعدها وبتحريك مسبر الآلة فوق ذلك الموضع، تعبر الموجات الصوتية إلى الاعضاء الحوضية. وهذا يتطلب مثانة ملآنة تكون أحياناً مزعجة، ويمكن رؤية نبض قلب الجنين فقط بعد الأسبوع السابع أو الثامن من الحمل. ولكن الآن قد تطورت الوسائل بتقديم المسبر الخاص عبر المهبل. يدخل هذا المسبر في المهبل حتى يلتصق بالرحم، الأنابيب والمبيض. وبذلك يمكن أن نفحص حالة الحمل ويمكن أيضاً أن نرى قلب

الجنين في فترة الحمل الباكرة جداً ــ أقلها في الأسبوع الرابع. وهذا بالطبع إكتشاف رائع. وكالمسبر البطني فإن المسبر المهبلي آمن الاستعمال في فترة الحمل. ويكون هذا المسبر النظيف مغلفاً بقراب يشبه قفاز الفحص عند الطبيب ويزيت قبل الإدخال. وقد يسبب القليل من الانزعاج أو قد لا يسبب بتاتاً.

ويساعد التصوير الفوق السمعي أيضاً من إجراء العملية داخل الرحم التي تتم خلال الحمل بشكل آمن أكثر: مثل وضع الابرة عند إجراء بزل السلى (عملية يثقب فيها الجدار البطني والأغشية الجنينية بإبرة لاستخراج السلى) أو خلال استخلاص بعض الدم من حبل السرة لإجراء فحوص معينة.

ولا يأخذ استعمال المسبر البطني أو المهبلي أكثر من دقائق حتى يعطي ثروة من المعلومات عن فترة الحمل الأولى. وكذلك لم يحدث قط أي أذى للجنين أو للأم باستعمال التصوير الفوق السمعي.

إذا كان الحمل قابلاً للنمو، ما هي الخطوة التالية؟

إذا كان عنق الرحم مقفلاً وقد رأيت الجنين الحي على شاشة التصوير الفوق السمعي، قد يطلب منك طبيبك أن تذهبي إلى بيت وترتاحي قدر الإمكان حتى يتوقف النزيف بشكل قاطع. ومن المهم أن لا تشعري بالذنب. ويجب أن تطمني نفسك أنك لم تفعلي شيئاً يسبب النزيف: فالنشاط اليومي ليس عاملاً في تسبب الإسقاط لكن الراحة الكافية تساعد في تهدئة النزيف. في هذه الحالة لا تعطي أي عقارات مسكنة لأنها لن تنفع وحتى أنها مضرة للجنين.

أما إذا كان طبيبك سيبدأ بمعالجتك بالبروجسترون في هذه المرحلة فالأمر ما زال مختلف فيه من قبل بعض الأطباء. فبعد مأساة هرمون DES

(diethylstilbestrol) في منتصف الخمسينات، أصبح الأطباء كارهين لاستعمال الهرمونات خلال الحمل. ولكن كما ستقرأين في العديد من قصص النساء في هذا الكتاب، فالكثير من هذه النساء قد نجحن في الحمل الكامل المدة بمساعدة البروجسترون الطبيعي في المرحلة الأولى من الحمل. فإذا كان طبيبك على علم بأنه قبل الحمل ظهر عندك نقص الهرمون المصغر (LPD) ويقال له أيضاً نقص في الجسم الأصغر (CLD) أو أن فحص الدم عندك أظهر مستوى منخفضاً من البروّجسترون، فعندها يجب أن تخضعي لعلاج هرمون البروجسترون الطبيعي. وانه من شأن طبيبك أن يقرر ــ إلا إذا كان عندك اعتراض شديد على استعمالها ــ ما إذا كانت تحاميل البروجسترون أو الحقن تساعد على تخطيك هذه الفترة من البروجسترون المنخفض أو الفترة الدقيقة عندها تتولى المشيمة مهام الجسم الأصغر (حوالي الأسبوع التاسع إلى الأسبوع الحادي عشر). وللمزيد عن النقص في الجسم الأصفر ومأساة هرمون DES أنظري الفصل الثالث ص 92.

الراحة السريرية: ما لها وما عليها

من الغرابة أن يكون شيئاً طبيعياً إلى أقصى درجة كالاسترخاء ورفع القدمين عالياً، مختلف فيه بشكل عنيف في مهنة الطب. ولكن أنا أؤمن في قيمة الراحة السريرية في فترة الحمل لعدة أسباب. كما قرأنا في قصة باولا، فقد كان لها تاريخ حافل بالإسقاط المتكرر. وبعد الإسقاط الثامن، بقيت في السرير معظم الأشهر الثمانية من الحمل الذي حصلت فيه الولادة الحية الأولى. كان لي صديق يعد من أبرز أطباء الولادة في أوروبا. وكان يؤمن أيضاً وبشكل قوي بقيمة الراحة السريرية. إحدى مرضاه (نجمة سينمائية شهيرة) كانت تسقط بشكل متكرر حيث لا يوجد أي سبب لذلك. وقد

عالجها بنجاح فقط بإبقائها في السرير فترة الحمل كلها. وبالطبع، فإن زوجها بنى لها مستشفى خاصاً كي تمضي فيه وقتها!.

ويمكنك بالمقابل قراءة المقالات التي تقول أنه لا يوجد أي دليل لدعم نظرية أن الراحة السريرية هي ذات قيمة في معالجة الإسقاط أو النزيف خلال الحمل. فالموقف المعارض في الحقيقة هو أنه لا يهم إذا كنت تعلقين الستائر أو تلزمين السرير، فنتيجة الحمل لن تتأثر. ولكنني اؤمن أن هناك فرق ما. والدليل من خلال المرضى لدي، مع أنه قليل، يبدو أنه يدعم هذا الرأي.

من المؤكد أن قيمة الراحة السريرية في حالات الحمل الخطرة يصعب إثباتها علمياً. وكي يتم ذلك، يجب أن توافق نساء عديدة أن يكنّ جزء من الأبحاث، حيث يلزمن سريرهن طوال فترة الحمل في غرف خاصة. فيمكننا هناك قياس هرمونات الضواغط واجراء فحوص أخرى على الجنين لمعرفة ما إذا كانت الراحة السريرية تساعد في الحمل أم لا. وكذلك فإن بعض النساء في البحث يجب أن يكنّ من المُسْقِطات بشكل متكرر، بينما فريق آخر يجب أن يكون من غير المُسْقِطات. ومن الواضح أن ذلك سيكون مستحيلاً من ناحية عملية واخلاقية.

ولكننا نشتبه أن شيئاً جارحاً جداً ـ كفقدان الوظيفة، الاغتصاب، أو موت أحد الأقرباء ـ يمكن أن يحدث الإسقاط. فهكذا صدمات تزيد من معدل هرمون الضواغط وقد تكون بالتالي عاملاً يقود إلى الإسقاط.

ولكن حجتي الأساسية التي تدعم أهمية الراحة السريرية هي أن الطبيعة تنظم الأمر بهذا الشكل. ولكن عقولنا الحديثة والكثيرة التعقيد هي التي تحاول الإفلات من أوامر الطبيعة. فخلال الفترة الأولى من الحمل يثير التوازن الهرموني في الحمل العادي المبكر في النساء الاحساس بالنعس

والتعب، وعدم القدرة غالبا على التعامل مع ضواغط العمل. فمعظم النساء توقف في هذه الفترة نظام التمارين بسبب شعورهن بالدوار والإرهاق الشديد. وتفقد بعض النساء الشعور بالرغبة الجنسية (اللبيدو). وتعود كل هذه المستويات من الطاقة خلال الحمل السليم بعد الأسبوع العاشر إلى الأسبوع الثاني عشر، أي عندما تبدأ المشيمة بعملها بشكل آمن.

أظن أنه من الأفضل تقليد الطبيعة ـ فهي أذكى من أي طبيب. ويجب أن نسأل أنفسنا لماذا جعلت الطبيعة الأشياء تحدث بهذا الشكل؟ مع أنه لا يوجد أي برهان يدعم نظريتي، إلا أنه من الممكن.أن يكون الجسم الأصفر في المبيض، والذي يغذي الحمل بقوة في مرحلة الحمل الأولى، بحاجة إلى كل المساعدة التي يمكن تجنيدها. فمعدل الأيض عند الجسم الأصفر يكون عالياً جداً ويتطلب كذلك إمداداً عالياً من الدم والأوكسيجين.

من المحتمل جداً أن يكون نمط حياتنا العصرية قد أخذنا بعيداً عما كان مخطط لنا بشكل طبيعي من أوقات الراحة والنوم. فالنساء الحديثات الحمل قد تجدن أنهن تعانين من إرهاق مزمن، في حال كن يذهبن بسرعة إلى عملهن أوكن يعتنين بطفل في المنزل. ففي هذه الفترة المهمة من الحمل يكون كل ما تفعليه لتخفيف مستويات الضواغط ذا فائدة عظيمة. فيجب أن تعطي طفلك أفضل فرصة ممكنة في البداية.

وتذكري أنني أعني النساء اللواتي يسقطن. فليس على كل إمرأة أن تبقى في السرير كل الوقت، فرجاءً تأكدي من فهمي جيداً. وكذلك لا أعني البقاء بثياب النوم على مدار الساعة في حال الحمل العادي. ما أعنيه هو الاستلقاء هنا وهناك مع قراءة كتاب أو مجلة، مشاهدة

التلفزيون، أو التحدث على الهاتف، فالمهم هو الاستلقاء فقط. إذا كان هناك أي إشارة إلى إسقاط مهدد، فلا تنغمسي في العمل.

فالاسترخاء لا يجعلك بحالة أفضل فقط بل، ولا شك عندي في ذلك، يساعد الحمل أيضاً. إذن، إذا كنت قد أسقطي سابقاً أو كنت خائفة فمن الأفضل أن تعملي بنصيحتي عند حملك التالي. **ناقشي ذلك مع طبيبك**. فليس من الضروري الإقلاع عن العمل بشكل نهائي، بل حاولي فقط أن تنظمي برنامجاً أقل ضغطاً. وحاولي أن تجلسي رافعة قدميك عالياً لبضع ساعات كل يوم، أما بالخروج باكراً من العمل أو بأن تأخذي ما عليك عمله إلى البيت.

في الحقيقة، غالباً ما أتساءل لماذا تتوقف النساء، في حالات الحمل الطبيعية جداً والغير معقدة، وبموافقة أرباب العمل أو شركات التأمين، عن العمل في الأسابيع الأخيرة من فترة الحَمل. فالأمر يبدو أكثر عقلانية وأكثر فائدة أن يتم التوقف عن العمل في الأسابيع المبكرة، عندما تكون النساء بحالة من التعب، سرعة الاهتياج، الدوار وربما عدم القدرة على مجاراة متطلبات العمل.

أما قصدي الأخير في التأكيد على الراحة السريرية هو أنه لا ضرر من ذلك. فالراحة بحد ذاتها لا تكلف الكثير، مع أن التوقف عن العمل لبضعة أسابيع أو أشهر يكون باهظاً بالطبع لك ولزوجك. أو إذا كان عندك طفل في البيت وأنت في حملك الثاني، فالراحة السريرية قد تعني استخدام أحد ليساعدك في البيت. أجل إذن هناك بالتأكيد نفقات متعلقة بالراحة. ولكنني أعلم من خلال عملي مع النساء اللواتي عانين من

الإسقاطات أن معظمهن مستعد لأن يفعل أي شيء للمساعدة في تحقيق ولادة سليمة وكاملة المدة.

ماذا عن الجماع؟

أنا متأكد أنه من غير الضروري الإشارة إلى أن الجماع غير مستحب في الفترة المبكرة من الحمل إذا كنت تختبرين الإنقباض أو النزيف أو كان عندك تاريخ من الإسقاط المتكرر. وكما ذكرت سابقاً. فإن الجماع في الليلة التي تسبق بداية النزف من غير المحتمل أن يكون سبباً في الإسقاط المهدد. ولكن من المعروف أن مادة البروستاغلاندن الموجودة في السائل المنوي يمكن أن تثير نشاط العضلات الرحمية وبالتالي تزيد من الإنقباض. فإذا لاحظت أي دليل على الخطر فمن الأفضل الامتناع عن الجماع حتى يعلمك الطبيب أن الحمل صار في مرحلة الأمان. ولكن ناقشا الأمر مع الطبيب إذا كنتما ترغبان في المجامعة، لأن ذلك قد يبقى الطريقة الوحيدة لإزالة القلق وكي تشعرا أنكما تتفاهمان جيداً كزوجين. عند هذه الحالة أنصحكما بتجنب الإدخال العميق، وباستعمال المطاط الواقي حتى لا يدخل السائل المنوي إلى المهبل وبذلك تتجنبين التأثيرات الممكنة لمادة البروستاغلاندن المذكورة سابقاً.

سبب آخر للامتناع هو أن السائل المنوي يمكن أن يحمل البكتيريا. فإذا كان عنق الرحم عندك قصيراً أو مفتوحاً (أي إذا كان عندك عنق رحم ضعيف أو غير كفؤ) يمكن للنطفة أن تدخل إلى الرحم عبر العنق وتسبب بشكل محتمل العدوى للأغشية ومن ثم للجنين. وكما ستقرأين في الفصل السادس (صفحة 201). فإننا نعلم أن المتدثرة (chlamydia) وهي إحدى الأمراض الشائعة التي تنتقل جنسياً هي أحد أسباب الإسقاط.

إن خطر الإصابة بالمتدثرة وكذلك الإيدز، هو سبب كافٍ لاستعمال

المطاط الواقي خاصة في المجتمعـات التي تكثر فيهـا العلاقـات الجنسية المتعددة الشركاء. فإصابات المتدثرة تشخص أكثر وأكثر عند حديثي السن. من حيث الإمكانية باستطاعة المتدثرة أن تعطب البوق وتقود إلى مشاكل الخصوبة عندما تزغبين في حدوث الحمل.

النساء المسقطات والطبيب

في هذه المرحلة أريد أن أؤكد أن علاقتك بطبيبك قد تكون هامة في نتيجة الحمل إذا كنت قد أسقطي سابقاً. وأظن أنه يجب أن تتم العناية بك من قبل الطبيب الذي تحترمين والذي يكون متوفر لك، يرد عـلى اتصالاتك الهاتفية والذي سيعالجك بدون التقليل من شأنك.

فالمرأة التي قد أسقطت أكثر من مرة بحاجة لمراجعة الطبيب بشكل دائم، حتى بمقدار مرة أو مرتين بالأسبوع في الفترة المبكرة من الحمل إذا دعت الحاجة! فالاطمئنان أن طبيبك هو مهتم ويعتني بك هو بحد ذاته مخفف للضواغط. فمجرد القدرة على الإفصاح عن مخاوفـك أو أن تتم معاينتك بشكل منتظم، سيريـح فكرك.

والاطمئنان أن كل شيء على ما يرام ـ لأن طبيبك متوفر دائماً ـ يكون عادة أفضل علاج. فمثلاً إذا أصيب أحدهم بنوبة من الربو قد يبدأ شعوره بالتحسن حالما يرى الطبيب. وحتى قبل أن يعطى الدواء لانهاء النوبة. ونحن نرى التأثير ذاته عند النساء اللواتي مررن بالمخاض المبكر. فإذا بدأت عند المرأة، بعد الأسبوع الثامن والعشرين، إنقباضات المخاض المبكر، فقد تجد أن مجرد الوصول إلى المستشفى ـ ورؤيتها من قبل الأطباء والممرضين ـ يساعد في انحسار الانقباضات، حتى قبل بدء المعالجة (والتي عادة قد لا تكون ضرورية).

ماذا تعني المصطلحات المختلفة للإسقاط؟

الإسقاط المهدد

إن المصطلحات المتعلقة بالإسقاط تكون مربكة بشكل مدهش عند معظم النـاس. فمصطلـح **الإجهاض التلقائي**، مثلاً، هو المرادف في الطب **للإسقاط**. وأعلم أنه من المزعـج سماع كلمة **إجهاض** فيما يتعلق بحملك المرغوب جداً، فإن بعض النسـاء كـنّ منسحقات القلب ـ بعد خسارة الحمل المبكرة والمأساوية ـ حالما قرأن تشخيص الإجهاض التلقائي على سجلاتهن. ولكن حتى الوقت الذي تفرق فيه مهنة الطب بين هـذين المصطلحين، تذكري أنهما مترادفين. أما إذا كنت تعانين من الإنقباض أو النزيف فأغلب الظن أن يكون عندك «إجهاضاً مهدداً» بالمقارنة مـع «الإسقاط المهدد».

إن مصطلـح **الإجهاض** أو **الإسقاط المهدد** يعود إلى حالة من فترة الحمل المبكرة، حيث تخسرين بعض الدم وتشعـرين ببعض الإنقباض الخفيف. ويكون هذا غير مؤلم عادة. أما لون الدم فيكون احمراً فاتحاً أو بنياً. وكما شرحت سابقاً فإن هذه الحالة شائعة جداً تحدث في ستين إلى سبعين بالمئة من حالات الحمل وتنحسر عادة من تلقاء ذاتها.

وإذا استمر الحمل ليس من الضروري أن تقلقي من أن النزيف يؤثر سلباً على الطفل لأن الدم يأتي من المواضـع الغير مشغولة من الرحم ليس من الجنين ذاته. وأظهرت كل الدراسات أن النزيف في الفترة المبكرة من الحمل لا يسبب أي خلل عند الطفل؛ ففرصة إنجاب طفل طبيعي وسليم هي ذاتها إذا حصل النزيف أم لا يحصل. ولكن قد يكون ذلك سبباً في نقص وزن الطفل قليـلاً عند الـولادة. وهكذا لا داعي للهلـع إلا إذا

أصبح النزيف كثيفاً. ففي تلك الحالة إذهبي إلى الفراش واتصلي بطبيبك خلال ساعات الدوام العادية. ولكن إذا إزداد النزيف عندها يجب الاتصال بالطبيب في أي وقت.

الإسقاط الحتمي

عندما يصبح النزيف مؤلماً ومترافقاً مع إنقباض حاد فقد يكون الأمر أن الرحم يطرح الجنين خارجاً. وعندما يفحصك الطبيب يجد أن عنق الرحم مفتوح، في ذلك الوقت سيقال لك أن إسقاطك حتمي. مع أن ذلك قد يبدو قاسياً عليك، فهو يعني أن هناك أمل ضعيف في إنقاذ الحمل. وقد يطلب منك إجراء عملية تمديد وتجريف للرحم، لا أن تذهبي إلى البيت وتتحملي الإنقباضات حتى يحدث الإسقاط بشكل طبيعي. وحتى عندها فقد تحتاجين إلى عملية رشف إذا كانت بعض الأنسجة لا تزال داخل الرحم. أما إذا كان حملك متقدماً أكثر، دون الأسبوع التاسع، واخبرت بأنك ستسقطين، فقد ينصحك طبيبك بعدم الذهاب إلى البيت حيث تنتظرين الإجهاض الطبيعي. بدل ذلك يشجعك الطبيب على إجراء عملية تمديد وتجريف للرحم أما في عيادته أو في المستشفى، ذلك لتجنب الحالة الطارئة التي تنتج عن النزيف الكثيف.

جمع النسيج هذا أمر غير محبب، ولكني أود أن أؤكد أنه إذا كنت تسقطين في البيت، من المستحسن أن تجمعي الدم والنسيج إذا أمكن. مع أنه قد يصعب عليك التمييز بين النسيج والدم المتجلط، فإن من الأفضل أن تجمعي كل ما يخرج منك في وعاء معقم ولا تضيفي شيئاً إليه. ثم خذيه إلى طبيبك أو إلى المستشفى. ويمكن هناك حفظه في البراد لبضع ساعات إذا لزم الأمر. هذه العينة التي تأخذيها لعند الطبيب تساعده في معرفة ما إذا كنت قد أسقطي أم لا، وقد يرغب أيضاً في إرسال هذه العينة إلى المختبر الوراثي أو مختبر علم الأمراض.

بعض حالات الإسقاط تكون ناتجة عن خلل وراثي أو كرموزومي. فإذا كان ذلك هو سبب إسقاطك فعندها ستطمئنين أولاً أن السبب صار معروفاً، وثانياً أنه من غير المحتمل أن يحدث ثانية. فبخلاف المعتقد الشعبي، إذا إكتشف خلل في الكروموزومات، خاصة في أول حمل، فليس من الضروري أن يحدث ثانية. من حيث الإحصائيات، فإن حوالي الثلاثين بالمئة من الإسقاطات المتلاحقة، بعد الإسقاط الأول، تكون ناتجة عن خلل في الكروموزومات.

ويتم فحص النسيج الجنيني (وغيرها من نتائج الإخصاب) في مركز الدراسات الوراثية. ويمكن للمعلومات أن تساعدك في الحمل المستقبلي. أما في الحمل المتقدم نسبياً يمكن فحص الجنين الكامل التكوين لمعرفة طبيعة نموه التركيبي، كما في القلب أو الرئتين. وكذلك يمكن إرسال المشيمة إلى طبيب الأمراض حيث يتم فحصها لمعرفة ما إذا كان هناك إصابة ما أو أن النمو طبيعي. وتدل الأبحاث الجديدة أن تجلطات الدم التي تسد أوعية المشيمة قد تسبب الإسقاط (الباكر والمتأخر). وهذه المعلومات ثبت أنها مهمة في أبحاث الإسقاط.

قبل الانتقال إلى الحديث عن ما يعنيه الأطباء بالاصطلاحات المركبة أحياناً **كالإجهاض الفائت (أو الإسقاط) والبويضة الفاسدة** أود أن تقرأي عن روث التي مرت بالعديد من الإسقاطات، بالإضافة إلى المشاكل في عدم الاخصاب ــ المزيج الذي عادة ما يحصل عند الأمهات اللواتي تؤخرن عملية الانجاب. نجحت روث خلال إحدى الإسقاطات أن تحتفظ بالنسيج الجنيني. وأظن أن طريقتها المباشرة في وصف هذه التجربة ستكون مفيدة.

لقد حصل لروث خمس إسقاطات، لكنها الآن عندها ثلاثة أطفال أصحاء كلهم ما دون الخامسة. وتبدو أنها وزوجها عازمان على أن يكون

لها عائلة كبيرة. فهي الآن حامل بالطفل الرابـع لكن قصتها هذه كان يمكن أن تكون مختلفة جداً لو لم تلق العناية والمعالجة الصحيحتين من قبل أطبائها.

«بدأت أجن قليلاً . . . !»

منذ حوالي العشر سنوات عندما كنت في التاسعة والعشرين، حدث لي أول إسقاط. وقد بدأ الأمر شيئاً عادياً حدث في الفترة الأولى المبكرة من الحمل حوالي الأسبوع الثامن إلى العاشر. لم أشعر بالصدمة كثيراً أحسست أنها يمكن أن تحدث لأي امرأة ولم يمر وقت طويل قبل أن غاودت الحمل ثانية ولكنني خسرت ذلك أيضاً. وكان كالأول في حوالي الأسبوع العاشر.

قال طبيبي أنه لا يمكنني فعل أي شيء قبل خسارتي الثالثة. وهكذا صرت حاملاً للمرة الثالثة وكانت هذه المرة جارحة جداً. فقد حصلت في الأسبوع الثامن والأمر المهم كان في كونها المرة الثالثة. بدأ النزيف في عطلة نهاية الأسبوع وعندما ذهبت لمراجعة الطبيب فحصني وقال إن النسيـج هو في المهبل ثم أخرجه بواسطة الكلاب. وعندما خرجت من عيادته، كنت في حالة انفعالية هائلة إلى درجة أني لم أفكر في السؤال إذا كان بالإمكان فحص النسيـج.

ووجدت طبيباً آخر استشرته بعد ثلاثة أسابيـع من الإسقاط لأنني لم أكن في حالة جيدة. قال لي هذا الطبيب أنني لا أزال حاملاً. في الواقـع كنت حاملاً بتوأمين ولا يزال كيس آخر في داخلي. حاول أن يساعدني ولكنني عدت ثانية إلى النزيف في البيت واسقطت أخيراً في الشهر الثاني عشر. وكان هناك الكثير من الدم والانقباض الشديد السيىء. استلقيت معظم الوقت ولكن أخيراً ذهبت إلى المرحاض. كنت أعلم أنه علي التقاط الجنين وقد لاحظته وهو يخرج لأن خروجه كان زلقاً. وبدا هذا الجنين كأنه

في كيس صغير منفصل عن الدم. التقطه ووضعته في وعاء بلاستيكي ولكن كما يمكنكم التخيل فقد كنت منزعجة طوال هذه التجربة. فالآن وبعد رؤيتي الطفل الحقيقي لم يعد الأمر مجرد دم أخسره ولكنني أخسر طفلاً.

في تلك المرحلة بدأت أجن قليلاً. كنت أبدو هادئة على السطح، ولكن في الداخل كنت أحاول بيأس أن اسيطر على مشاعري. أخذت الوعاء إلى الطبيب وأنا أشعر بالضعف الشديد أرسله الطبيب للفحص ولكن النتائج لم تعط أي إشارة إلى سبب إسقاطي. بعدها صرت حاملاً مرة أخرى وفي هذه المرة اعطاني الطبيب حقناً من هرمون HCG [موجه المنسل المشيمي عند الإنسان منذ بداية الحمل. في الأسبوع السادس عشر أخذت موعداً لإجراء فحص بزل السلى. قبل ذلك ومن خلال التصوير الفوق السمعي اكتشف الأطباء أن الجنين كان ميتاً منذ أسبوع تقريباً. وبدأت عوارض حملي بالزوال ولذلك افترضت أن الأمر كان مشكوك به. ولكني لم استطع فهم سبب موته لأن هذه المرة كنت قد تجاوزت الأشهر الثلاثة الأولى. وكانت مواجهة الأمر أمام المصور الفوق السمعي شيئاً لا يطاق. ولكن الطبيب بدأ غامضاً ولم يساعدني شرحه. واحسست أنه شعر بأشياء ولم يعرف كيف يتعامل مع الحالة. بعد ذلك أجريت لي عملية تمديد وتجريف الرحم لإفراغه. ولم يدل تقرير دراسة الأمراض عن النسيج على أي سبب لخسارة الحمل.

كل هذه الإسقاطات كانت مع زوجي الأول. ولم يجد طبيب الوراثة أي مشكلة عند أي منا. وهكذا يبقى الأمر بدون تفسير. ولكن طلب مني أن استمر بالمحاولة ولكني لم أرغب في المزيد من المحاولات من ناحية نفسية، في ذلك الوقت، لم أكن قادرة على تكرار ذلك.

واستمرت الحياة، ولا أعلم ما إذا كان الأمر متعلق بهذه الإسقاطات.

المتكررة، ولكن زواجنا انتهى. بعد ذلك، منذ خمس سنوات، تزوجت ثانية. وصرت حاملاً بظرف ثلاثة أشهر. وكنا أنا وزوجي نريد الأنجاب بأي ثمن وقد تم تحويلي إلى طبيب مهتم بالإسقاط. وكنت لا أزال استعمل البروجسترون الذي وصفه لي الطبيب السابق، مع أن معدل البروجسترون في الدم عندي لم يكن منخفضاً. ولكني تبينت من ذلك كإجراء وقائي. هذه المرة كنت حاملاً في الأسبوع السادس والعشرين عندما بدأ المخاض المبكر. فذهبت حالاً إلى المستشفى حيث أعطوني دواء عبر الوريد وصرت استعمل الريتودراين (Ritodrine) وهو دواء مستعمل لتهدئة الرحم والتحكم بالانقباض. ونجح الأمر وحالما خفت الانقباضات وذهبت إلى البيت حيث أصبحت أتناول أقراص الريتودراين عبز الفم.

في الشهر الثالث والثلاثين جاءني المخاض بشكل تلقائي. وولدت ابنتي بصحة جيدة تزن أربع أرطال وأونصتين. الآن على الأقل تأكدت أنني يمكن أن أكون أماً. وفي الحقيقة أردت أن استمر في المحاولة كي يكون لي عائلة أكبر. وهكذا، بعد خمسة أشهر صرت حاملاً ثانية فقد قررنا أنه من الأفضل لنا أن نستبق الزمن لأنني كنت في الرابعة والثلاثين من العمر عندها. لقد كان لزوجي عملاً جيداً ولحسن الحظ لم أكن بحاجة لأن أعمل. واجتاز ابني الأسبوع السادس والثلاثين وولد بصحة جيدة. ولكن كان على كل من أطفالي أن يبقى في قسم العناية بالمواليد الجدد لمدة ثلاثة أسابيع تقريباً بسبب بعض مشاكل التنفس الطفيفة.

أما طفلي الثالث، والذي كنت أتناول فترة حمله البروجسترون والريتودراين، فقد ولد في الشهر الثالث والثلاثين. كنا لا نزال نريد المزيد من الأطفال وحملت مرة أخرى. ولكن هذه المرة في الأسبوع السادس، لم أعد أشعر بالحمل فجأة. فقد رأينا على شاشة التصوير الفوق السمعي كيس الحمل فارغاً، بويضة فاسدة. لم أشعر بالانزعاج حقيقة لأن عندي

ثلاثة أطفال. وبعدها حصل الأمر ذاته، ببويضة فاسدة في الحمل الثاني وكان الأمر غير عادي لأن الأطباء قالوا أن هذه الحالة لا تحدث مرة ثانية عند المرأة ذاتها.

وهكذا عند ذلك الوقت كنت في الثامنة والثلاثين وقلقت من أنني لن أحمل بعد الآن الشيء الذي حاولته على مدى ثلاث سنوات وكان من الضروري مراجعة طبيب متخصص بأمور الإخصاب حيث كنت أستخدم جرعة صغيرة من أقراص الإخصاب كلوميد (Clomid). قبل زواجنا تم فحص زوجي ووجد أن حركة النطفة عنده بطيئة جداً. وقد تم اعطاؤه الستيرويد وجرعة عالية من فيتامين «C». ولأن ذلك قد نجح سابقاً اقترح الطبيب أن نستعمل الطريقة ذاتها مرة أخرى. لقد نجحت وأنا الآن حامل في الشهر السادس. وكنت استعمل الريتودراين منذ الأسبوع الواحد والعشرين، وتحاميل البروجسترون عبر المهبل لمدة الأشهر الثلاثة الأولى. ولكن الرحم لا يزال يتقلص باكراً.

في كل وقت أحمل فيه، يكون الأمر مرهقاً للأعصاب في الأشهر الثلاثة الأولى، ذلك لأننا لم نكن متأكدين من سبب الإسقاط. فالقلق ـ والارتباك حول حقيقة ما يحدث ـ ينهش أعصابك. وأمل أن لا تكون محاولتي إعطاء هذه المعلومات الطبية عن حالات حملي مربكة كثيراً.

الإجهاض المفقود والبويضة الفاسدة

إن تجربة روث والتي انتهت بسعادة تتضمن نوعين آخرين من الإسقاط يعرفان طبياً **بالإجهاض الفائت والبويضة الفاسدة**.

يعود الإجهاض الفائت الذي يدعى أحياناً بالإسقاط المفقود (Missed Miscarriage) إلى جنين أُسْقِط أو مات ولم يخرج من الرحم

(أنظر الشكل ١). فالنسيـج الجنيني والمشيمي لا يزال داخلك. إذا حصل ذلك من الأفضل إجراء عملية تمديد وتجريف الرحم ـ بالرغم من الصدمة في أخذ هكذا قرار ـ أما في عيادة الطبيب أو في المستشفى بدون تأخير. أولاً، وإذا دعت الحاجة تؤخذ المواد الجنينية مباشرة إلى المستشفى أو توجه إلى المختبر الصحيح للفحص الكروموزوي والمرضي. وكلما كان النسيـج نضراً كلما زاد احتمال الحصول على نتائـج مفيدة فمن الصعب على المختبر ان يزرع الكرموزومات إذا كان الجنين ميتاً لمدة طويلة.



شكل (١)

هذه صورة فوق سمعية لإجهاض فائت. والجنين الذي يظهر بين إشارتي الزائد + ليس لقلبه نبض. والجنين الطبيعي يظهر عادة خطوطاً جسدية أكثر.

ثانياً، لن يعد من الضروري أن تعاني من الاختبار الجارح لدى معرفتك أن هناك طفلاً ميتاً في داخلك. ثالثاً سوف تتجنبين الخطر البعيد من دخول العدوى إلى الرحم وإصابته. رابعاً سوف تتجنبين أيضاً خطر إجهاض الجنين لنفسه أثناء الليل، مع ما يعقبه من الانتقال الطارىء إلى المستشفى. وأخيراً، هناك خطر بعيد جداً من احتمال نشوء خلل في التجلط

إذا تم اقتباس جنين ميت لأكثر من ستة أسابيع. تحدث هذه الحال خاصة في حال موت الجنين بوقت متقدم من الحمل أكثر منه في فترة الحمل المبكرة.

ما هي البويضة الفاسدة؟

ترتبك معظم النساء عندما يقال لهن أن لديهن بويضة فاسدة، مما يعني أنه لا يوجد جنين داخل كيس الحمل. في حال البويضة الفاسدة تكونين حاملاً. لأن مستوى الهرمونات الزائد في دمك جعل فحص الحمل يكون إيجابياً. ولا شك، فإنك قد حصلت لك الإثارة ككل النساء من فكرة أنه سيكون لك طفلاً.

ولكن بعد التصوير الفوق السمعي لا ترين سوى كيساً فارغاً لأن الجنين لا ينمو من بويضة قاسدة (أنظر شكل 2). من حيث الطبيعة تبدأ البويضة بالنمو حال اخصابها. تخيلي عندها كتلة الخلايا النامية تنمو باتجاهين، الأول ليشكل كيس الحمل والآخر ليشكل المضغة. أما في حالة البويضة الفاسدة لا تحدث المرحلة الثانية: ينمو كيس الحمل ولا تنمو المضغة. ويمكنك تشبيه ذلك بزراعة الفاصوليا والانتظار كي تشق النبتة الأرض فبعض البذور لا تنبت، أي تنمو الجذور بدون الجذع.

وقد تمر أسابيع بدون النزيف أو البدء في خسارة الحمل: بعد فترة قصيرة قد يخرج سائلاً بنياً داكناً جداً، ولا تعود اثداءك منتفخة أو حساسة. وربما لن تسقطي بشكل تلقائي لمدة طويلة. وقد لا يتم اكتشاف البويضة الفاسدة إلا بعد زيارة الطبيب وإجراء التصوير الفوق السمعي لمعاينة نبض قلب الجنين.

هذه الأيام نشخص الكثير من البويضات الفاسدة. ويظن أن سببها هو نقص في الكرموزومات إما من بويضة سيئة أو من نطفة رديئة. وتصيب

هذه الحالة الأزواج الأقدم سناً غالباً. وأحد الأسباب في أننا نواجه الكثير من هذه الحالات هو أننا الآن نستعمل التصوير الفوق السمعي أكثر من السابق في فترة الحمل المبكرة وبهذا نكتشف الكيس الفارغ وكذلك بتقدم عمر الأهل هناك خطر متزايد من حدوث الإسقاط بسبب سوء نوعية البويضة أو النطفة.



شكل (2)

هذهالصورة الفوق سمعية والتي أخذت في الأسبوع الثامن من الحمل تظهر بويضة فاسدة. فكيس الحمل فارغ مليء فقط بالسؤال (البقعة الداكنة في الوسط).

منذ حوالي الخمسة عشر سنة كان يتعذر على الطبيب أن يعطي تشخيصاً محدداً لأي امرأة كانت تراجعه لسبب عدم نمو الحمل أو لسبب النزيف. أما الآن ولحسن الحظ، يمكننا أن نحدد ما يحصل بدقة أكبر باستعمال التصوير الفوق السمعي. ولكن يبقى أننا عاجزون عن عمل أي شيء لإنقاذ البويضة الفاسدة فبغياب المضغة من الواضح أنه ليس هناك شيئاً يمكن عمله.

ولكن بفضل التصوير الفوق السمعي أصبحنا مدركين أكثر

للاحتمالات المختلفة: فمثلاً، يمكن لطبيبك أن يرى ثلاثة أو أربعة أكياس فارغة داخل الرحم. فقد يتم عند بعض النساء إخصاب متعدد للبويضات الفاسدة. فعند النساء مئات الآلاف من البويضات، وعند الرجال ملايين النطفات، ويبدو أكثر ما كنا نلاحظ أنه يتم إخصاب أكثر من بويضة واحدة في الوقت نفسه.

ونحن على علم الآن «بالتوائم الهالكة»، حيث يتم تشخيص حمل التوائم ولكن بعد بعض النزيف المهبلي تظهر الصورة الفوق السمعية أن أحد التوأمين قد اختفى (أو اسقط) بينما يستمر الآخر بالنمو الطبيعي.

فقط خلال السنة الماضية كما ذكرنا سابقاً أصبح التصوير الفوق السمعي أكثر تطوراً. وقد تم تطوير المسبر المهبلي والذي بإدخاله عبر المهبل صعوداً إلى جدار الرحم يمكن أن يكتشف الحمل المبكر جداً مع بعض تفاصيله وهذا يعني أنه يمكننا تشخيص الحمل الطبيعي المستمر أبكر بكثير مما كان ممكناً سابقاً، وبالتالي التخلص من البويضة الفاسدة في وقت باكر.

تهيئة نفسك عقلياً للتغلب على الإجهاض المفقود والبويضة الفاسدة

أكدت المعلومات من التصوير الفوق السمعي أن الحمل لن يستمر ـ إما لأن الجنين ميت أصلاً (إجهاض فائت) أو أن هناك كيس فارغ في الرحم (بويضة فاسدة) ـ يكون الطبيب في تلك الحالة معني بشكل مبدئي بصحتك وحالتك الجسدية وربما اعار قليلاً من انتباهه إلى حزنك. يعلم طبيبك أن هذه الفترة صعبة جداً من ناحية عاطفية وحتى تحت أفضل الظروف. ولكن يجب أن تلاحظي أن الأولوية هي للمعالجة الطبية. فمن المفيد أن تصغي ويكون لك ثقة بطبيبك.

في كل هذه الحالات، ينصح الطبيب بإجراء عملية تمديد وتجريف

الرحم في عيادته أو في المستشفى، وسوف يشرح كيف يجب افراغ الرحم. أما الطريقة الثانية من المعالجة والتي ذكرتها سابقاً في هذا الفصل هي أن يترك الجنين كي يخرج نفسه من الرحم بشكل تلقائي. ولكن لن يكون من المحبب لأي امرأة أن تعرف أنها تحمل جنيناً ميتاً. وتذكري، إضافة إلى ذلك، أن الاحتفاظ بحمل غير قابل للنمو سوف يؤخر عودة الدورة الشهرية وبالتالي فرصتك التالية لمحاولة حمل جديدة.

الأسباب الأخرى للنزيف في فترة الحمل الأولى، أو الإشارات الغير منسجمة مع الحمل الطبيعي

الحمل الكاذب (الرحاء عداري الشكل)

تبدأ هذه الحالة النادرة جداً كحمل طبيعي. ولكن بعدها حوالي الأسبوع العاشر يحدث نزيف مهبلي غير منتظم قد يكون كثيفاً لدرجة تسبب فقر الدم. ومن العوارض الشائعة أيضاً التقيؤ المسرف والدوار الحاد. وعند فحص الطبيب لك يكون الرحم والمبيض متورمين.

علامة أخرى للحمل الكاذب هي المستوى العالي من هرمون (HCG) (هرمون الحمل)، ولحسن الحظ بإمكان التصوير الفوق السمعي أن يؤكد هذا التشخيص. وقد تنتج هذه الحالة من الخلل الكروموزومي في البويضة أو النطفة وهي عبارة عن ورم حميد يكثر عند النساء اللواتي قاربن عمر الأربعين. وبعض الأحيان قد تخرج قطع صغيرة من النسيج تشبه العنب من خلال المهبل.

قد يكون النزيف أول إشارة لك، ولكنه قد لا يبدأ قبل وقت متأخر حتى ما بعد الأسبوع السادس عشر من الحمل. ويكون هذا النزيف عادةً داكناً جداً وقد تم وصفه بأنه كلون الخوخ. ويمكن أن يتم اكتشاف هذه

الحالة قبل ذلك الوقت بواسطة التصوير الفوق السمعي الذي يظهر شكلاً مميزاً في الرحم.

وتنمو أنسجة المشيمة بشكل سريع للغاية، محدثة كتلة من الأكياس الصغيرة تشبه عنقود العنب. ويزيد هذا النمو السريع في المشيمة من مستوى الهرمونات إلى حد غير طبيعي مما يقود إلى التقيؤ المفرط وربما ضغط الدم المرتفع. من حسن الحظ أن هذه الحالة نادرة جداً تظهر مرة واحدة فقط بين كل ألف وخمسمائة حالة حمل في الولايات المتحدة وأوروبا.

ومع أن هذه الكتلة تسقط أخيراً وبشكل تلقائي، ينصح الأطباء بإجراء عملية تمديد وتجريف للرحم لإزالة كل انسجة الحمل الكاذب من الرحم. أما الخطر في أن تصبح هذه الحالة سرطانية فهو قليل الاحتمال. وتصيب هذه الحالة التي تدعى الورم الخبيث في المشيمة (choriocarcinoma) عشرة بالمئة فقط من حالات الحمل الكاذب وهي قابلة للشفاء تماماً.

بسبب المخاطر المحتملة، وإذا تم تشخيص الحمل الكاذب عنك، سيتابع طبيبك تتبع حالتك ـ بواسطة فحوص الدم بشكل أساسي ـ لمدة السنة تقريباً بعد إجراء عملية تمديد وتجريف الرحم. وتنصح النساء عادة بالانتظار لمدة سنتين بعد الحمل الكاذب وقبل الإخصاب ثانية. ولكن سنة واحدة تُعَدّ كافية وآمنة في حال كانت فحوص الدم طبيعية.

وقد يكون تشخيص الحمل الكاذب مخيفاً جداً. فالأمر هو أنك لن تجرين فقط إسقاطاً غريباً يصعب الحديث عنه بل أنه يحمل معه الخطر البعيد للإصابة بالسرطان. وهناك أيضاً خطر معاودة الحمل الكاذب ولذلك وفي الحمل القادم يقوم طبيبك بالتحكم بالحمل بعناية فائقة في الأسابيع الأولى. وتذكري دائماً أن هذه الحالة هي نادرة جداً.

الحمل المنتبذ

مع أن الحمل المنتبذ (خارج الرحم) لا يعدّ إسقاطاً، لكن العوارض الأولى تكون متشابهة ويجب أن تكوني على علم بالفرق، لأن الحمل المنتبذ يمكن أن يؤذي أنبوب فالوب بشكل خطير، وقد يؤثر على مستقبل الخصوبة عندك ويمكن في النهاية أن يمزق الأنبوب مما يهدد حياتك من خلال نزيف الدم الحاد.

لا يمكن لأحد التأكد من سبب حدوث الحمل المنتبذ. ولكن قد يكون أن البويضة استغرقت وقتاً طويلاً لتعبر أنبوب فالوب، وفي اليوم السابع بدل أن تصل إلى الرحم حيث يجب أن تنزرع، تطمر نفسها في البوق حيث تحدث بدايات الحمل.

ويتم إنتاج هرمونات الحمل بمعدل كاف لجعل الدورة الشهرية تتوقف وإعطاء نتيجة إيجابية في فحص الحمل. وقد لا تكتشفين الحالة قبل زيارتك الأولى للطبيب. ويدل الفحص الداخلي هناك أن الرحم لم يتمدد كما في الحمل الطبيعي. أما التصوير الفوق السمعي فقد لا يظهر دائماً الحمل في البوق ولكنه يظهر حتماً أن الرحم فارغ.

أما العوارض التي يجب الانتباه إليها فهي قلة عوارض الحمل، أو حدوث الدوار أو التقيؤ بنسبة أقل مما يحدث في الحمل الطبيعي، أو حدوث بعض الانقباضات البطنية أو السيلان الخفيف للدم. والعلامات الأخرى هي شعور بالدوخة وألم في أعلى الكتفين. أما إذا استمر هذا الألم أو النزيف يجب الاتصال بالطبيب أو المستشفى، لأنه لا يجب أن تتأخري بالتشخيص. ولكن تذكري أيضاً أن الحمل البوقي هو نادر بعض الشيء وقد يكون التشخيص حمل طبيعي وتكون مخاوفك في هذه الحالة لا أساس لها.

ويمكن مع المعالجة المبكرة أن يُزال الحمل المنتبذ (خارج الرحم) وبالتالي يتم انقاذ البوق وكذلك انقاذ خصوبتك ربما. وهكذا، إذا لاحظت توقف العادة الشهرية مترافقاً مع ألم في أسفل البطن يشبه الانقباض أو لاحظت بقعاً من السائل الداكن، اتصلي بطبيبك بأسرع ما يمكن ـ خصوصاً إذا كان عندك تاريخ من العوامل الشديدة الخطورة كالاستعمال الماضي أو الحاضر لأجهزة منع الحمل داخل الرحم أو العدوى داخل البوق (التهاب البوق) والذي يساهم في حدوث الحمل البوقي.

وسوف يشخص طبيبك الحمل البوقي (المنتبذ) بواسطة التحكم بمستوى الهرمونات في الدم وباستعمال التصوير الفوق السمعي البطني أو المهبلي. وعند إزالة الحمل المنتبذ سيستعمل طبيبك إما آلة يقال لها منظار جوف البطن (Laporoscope) والتي لا تتطلب فتح البطن أو سيجري عملية جراحية في البطن والتي تتطلب شقاً عريضاً للبطن.

أما التصوير بمنظار جوف البطن فهي عملية تتطلب الدخول إلى المستشفى وتجري تحت المخدر العام. وتتطلب أيضاً أن تدخلي غرفة العمليات في الصباح بدون تناول أي طعام أو شراب في الليلة السابقة.

في غرفة العمليات يعطى لك مصل عبر الوريد ويقوم طبيب التخدير بتخديرك كلياً. وحالما تنامين يقوم الطبيب النسائي بنفخ البطن بواسطة غاز ثاني أوكسيد الكاربون مما يسمح له بإدخال المنظار من خلال شق صغير في السرة. وتدخل مسابر أخرى عبر جروح صغيرة أخرى (عند خط شعر العانة) مما يساعد الطبيب على تحريك الأعضاء لتتسنى له معاينة أفضل وإزالة الحمل من البوق.

وتستغرق العملية حوالي ثلاثة أرباع الساعة إلى الساعة ويمكنك عادة مغادرة المستشفى بعد قضاء بضع ساعات في غرفة الشفاء. وفي بعض

الأحيان ربما كان عليك البقاء في المستشفى إلى اليوم الثاني. أما الدرزات فلا داعي لإزالتها ويكون أثر الجرح في السرة. وهذه الطريقة في إزالة الحمل المنتبذ من خلال منظار جوف البطن هي حديثة العهد ولكن لا يمكن تطبيقها في جميع الحالات، فعلى طبيبك أن يقرر أي طريقة يجب أن تستعمل.

الإجهاض الكامل

إذا أخبرك الطبيب أنه أجرى لك «إجهاضاً كاملًا» فمعنى ذلك أن كل النسيج الجنيني قد خرج عن طريق الإسقاط وأن الرحم صار فارغاً. في هذه الحالة قد لا تحتاجين إلى عملية تمديد وتجريف الرحم. وإذا كان هناك نزيفاً يعطيك الطبيب أقراص الأرغومترين عبر الفم لمساعدة الرحم على التقلص وبالتالي على التقليل من خسارة الدم.

«إفراغ» الرحم

إن كيفية إفراغ الرحم تعتمد على مرحلة الحمل. في أغلب الأحيان يتمدد عنق الرحم بسبب مرور النسيج الجنيني ويمكنك بعد ذلك إجراء عملية تجريف للرحم في عيادة الطبيب باستعمال المخدر الموضعي في عنق الرحم. وقد يعطي الطبيب أيضاً بعض الديميرول عبر الوريد كمسكن للألم.

أما في المستشفى، فقد يتم سحب ما في داخل الرحم أو تجريفه، وقد يستعمل لذلك مخدر عام إذا كان حملك متقدماً. غير ذلك يمكن استعمال مسكنات الألم الثقيلة عبر الوريد ليس إلا. أما المضادات الحيوية فلا تعطى عادة إلا في حال وجود الحمى أو شك في وجود العدوى.

أحياناً قد يرسل النسيج إلى مختبر علم الأمراض للتحليل

الكروموزومي خصوصاً إذا كنت قد أسقطي سابقاً. وكذلك تعطي عملية تجريف الرحم الفرصة لطبيبك كي يعاين داخل الرحم للتأكد ما إذا كان هناك خلل تركيبي. وتنظم مراجعة للطبيب عادة بعد أسبوعين من إجراء العملية حتى يتأكد الطبيب أن الرحم قد عادَ إلى الحجم الطبيعي وانه لا يوجد أي عدوى.

أما إذا كنت قد أسقطي بعد الأسبوع الثاني عشر وتم احتباس النسيج الجنيني، يمكن لعنق الرحم أن يزيت، الليلة السابقة عادة بواسطة وضع جل بروستاغلاندن في أعلى المهبل ذلك لتجنب تمديد عنق الرحم بالقوة. بعد هذا الإجراء يكون من الضروري عادة أن يتم تمديد آخر حتى يصبح بالإمكان تجريف الرحم أو سحب ما بداخله لإفراغه، طبعاً بدون المجازفة في إتلاف عنق الرحم.

وهناك طريقة أخرى لتجنب اتلاف عنق الرحم وهي باستعمال عيدان الطحلب البحري المجفف والتي تدخل في عنق الرحم، بواسطة الطبيب أيضاً في الليلة السابقة للذهاب إلى المستشفى. ويستغرق إدخال هذه العيدان بعض الدقائق وقد يسبب ذلك إنقباضات خفيفة قد تستمر طوال الليل. وتنتفخ هذه العيدان وبالتدريج تفتح عنق الرحم، مسهلة عملية تمديد وتجريف الرحم في اليوم التالي كما وصفنا سابقاً. وهذه تطورات عظيمة من حيث التقنية تسمح بتعقيدات أقل.

وهناك طريقة أخرى أيضاً لإخراج النسيج الجنيني. وهي بإدخال تحاميل تحتوي البروستاغلاندن في المهبل كل أربع ساعات. وهذا يسبب مخاضاً خفيفاً وأخيراً إسقاطاً مع طرد الحمل من الرحم. ولكن هذه الطريقة يجب أن تتم في المستشفى وقد تدوم عدة ساعات. وقد يسبب البروستاغلاندن بعض العوارض الجانبية الملاحظة في الإمعاء كالدوار

والتقيؤ. وكذلك قد تحتاج هذه الطريقة أن تليها عملية تمديد وتجريف الرحم بما أن بعض النسيج قد يحتبس كما يحدث عادة. لذلك فهذه الطريقة هي أقل شعبية من الطريقتين اللتين سبق شرحهما.

وكذلك هناك الحبوب الفرنسية الجديدة المضادة للبروجسترون والتي قد تكون طريقة فعالة في إفراغ الرحم من نسيج الحمل.

بعد إفراغ الرحم قد يستمر النزيف لأيام قليلة أو إلى حد أسبوعين. ولكن لا يجب أن يكون كثيفاً. ولتجنب العدوى استعملي الضمادات بدلاً من السدادات. وابتعدي عن الجماع لمدة أسبوعين. وإذا زادت الحمى عن درجة المئة فهرنهايت يجب الاتصال بالطبيب. ويجب أن تعود العادة الشهرية بظرف أربعة إلى ستة أسابيع بعد عملية تمديد وتجريف الرحم.

ما هي العلاقة بين الإسقاط وعمر الأم والأب؟

كلما كانت المرأة متقدمة في السن، أواخر الثلاثينات وأوائل الأربعينات، كلما زادت إمكانية حدوث الإسقاط. ليس معنى ذلك أن المرأة الآن لا يمكنها محاولة الحمل إذا وجدت نفسها في سن الأربعين وتريد طفلاً! فكما ستقرأين في قصة مارغريت، لاحقاً، ستجدين أن عند هذه المرأة ثباتاً وعزماً حقيقيين.

ولكن لا يمكننا أن نتجاهل الحقائق. فالرجال والنساء خاصة وفي أواخر الثلاثينات أو أكثر من العمر.

- هم أكثر عرضة لنشوء الأمراض الانحلالية كضغط الدم المرتفع وداء السكري.
- يكون عندهم مسؤوليات أكبر ومن حيث الإمكانية درجات أعلى من الضواغط الناتجة عن عملهم.

● هم في خطر عظيم من حدوث الخلل الكروموزومي في أولادهم ـ لذلك يطلب إجراء فحص لكروموزومات الطفل بواسطة بزل السلى أو بواسطة عينة من الزغابة المشيمية (إذا كان عمر الأم في الخامسة والثلاثين أو أكثر أو كان عمر الأب في الخامسة والخمسين أو أكثر).

مارغريت هي إمرأة حيوية تدير عملها الخاص بنفسها. وقد عانت من ثلاثة إسقاطات كانت كلها بويضات فاسدة. في وقت من الأوقات كانت خائفة جداً من أنه لن يمكنها إبداً إنجاب طفل لأنها هي وزوجها قد تجاوزا الأربعين سنة.

«إن كان هناك جنيناً أم لا فالحالة كانت ذاتها»

لم اتزوج حتى سن الثامنة والثلاثين. ولم يكن أحد منا، أنا وزوجي، متزوجاً سابقاً مما يجعلنا زوجين غير عاديين. ولزيادة الأمور غرابة، لم يحدث أنني حملت قط. فقد تربيت بجو ديني متشدد، وبقيت عذراء حتى سن الثلاثين، وهذا يجعلني أبدو متخلفة.

لكنني الآن سعيدة بزواجي وأردنا أن نحاول الحمل على الفور تقريباً. ولكن الأمر قد استغرق ثلاث سنوات قبل أن يتم الإخصاب. ربما لأننا لم نكن نمارس الجنس بشكل كافٍ لأننا كنا نعمل دائماً. ولكن بالنهاية قد حدث الحمل وشعرنا كلانا بالإثارة.

بدأ الحمل في شهر أيار، وأسقطت في الأسبوع الثاني عشر في عيد ميلاد أمي. لن أنسى ذلك اليوم أبداً لأنني كنت قد أخبرتها لتوي النبأ السار. وكان سيلان الدم قد بدأ في عطلة نهاية الأسبوع، وكنت على اتصال بطبيبي الذي نصحني بالذهاب إلى الفراش. وفقدت الطفل خلال عطلة نهاية الأسبوع. حاولت أن أجمع ما كان يخرج مني ولكن ذلك بدأ شيئاً

مقرفاً. ولم أقدر أن أتخيل ما كان يحصل لي. وكنت في المرحاض ممسكة بوعاء. وقد جمعت بعض الجلطات الدموية.

لقد حذرني الطبيب أن هناك مجازفة في الحمل، بما أن أني كنت قد تجاوزت سن الأربعين. ولكننا لم نتوقـع حدوث ذلك. دخلت إلى عيادة الطبيب، واتذكر أنني جلست هناك أفكر بكل شيء. كل الأمر بدأ غريباً كحلم مزعـج. ثم أظهر التصوير الفوق السمعي أن الحالة كانت بويضة فاسدة، مجرد كيس فارغ. واجرى لي الطبيب عملية تمديد وتجريف الرحم مـع حقنة من مضاد «D» [حقنة مخصصة لتدمير خلايا RH الموجبة، التي قد تسبب الحساسية في الحمل القادم] لاحقاً، لأن دمي هو Rh سالب. وهذا يمنـع الجسم من تشكيل المضادات الحيوية لدم الطفل مما قد يؤذي الحمل القادم.

أظن أن زوجي كان غاضباً، أو على الأقل كان يحاول أن لا يكون غاضباً مني، ربما لأنني لم أعتنِ بنفسي بشكل كافٍ. فإن كان هناك جنيناً أم لم يكن فالحالة النفسية كانت ذاتها. وقد عانيت الكثير من الحزن قبل أن أشعر أني على استعداد لمحاولة جديدة.

أما الإسقاط الثاني فكان الأصعب لأنه كان هناك شعور بالخسارة. لقد كنت في الأربعين من عمري وحاملاً للمرة الثانية. وبدأ الأمر كأنه فرصتنا الأخيرة وأردنا أن يكون لنا طفل بأي ثمن. فكانت خسارة الحمل كخسارة الحلم بأن يكون لنا طفل في حياتنا. ويمكنني أن أؤكد ان الأمر لا يستغرق أكثر من نصف دقيقة في فكرك. من اللحظة التي تعرفين فيها أن فحص الحمل كان إيجابياً إلى إلباس الطفل والخروج به إلى المنتزه. بأي حال كان هذا الحمل أيضاً بويضة فاسدة وحدث الإسقاط في الأسبوع العاشر إلى الحادي عشر. بعدها وبظرف فترة وجيزة أسقطت للمرة الثالثة بويضة فاسدة تم اكتشافها في الأسبوع السادس إلى الثامن من الحمل.

ومن الصعب جداً إيجاد طريقة لإقناع نفسك بشكل منطقي أنك لم تخسرين طفلاً، لأنه في تلك الأسابيع تكثر التخيلات كما تعرفين ويكون للطفل في داخلك. ولكن يبقى أن الألم يأتي من خسارة الحلم. فبالنسبة لك يكون طفل قد مات.

أما الحمل التالي ـ بعد انتظار ثلاثة أشهر ـ فقد بدأ جيداً كالمعجزة. ولكن أيضاً حدث سيلان خفيف للدم مما دعاني إلى الهلع ولزوم السرير. وبما أن مستوى البروجسترون في الدم كان منخفضاً فصرت استعمل التحاميل المهبلية ونصحني الطبيب بالراحة قدر الإمكان. لذلك أخذت عملي إلى البيت في الأشهر الثلاثة الأولى. أما في عيد الميلاد فقد أحببت أن أخرج للعشاء، فاتصلت بالطبيب لاسأل إذا كان ذلك ممكناً. فقال لي بصرامة، «لا، إبقي في البيت». فقد أحس الطبيب أنه من الحكمة أن أكون حذرة للغاية خاصة وأنا في هذا السن المتقدم.

كل شيء كان على ما يرام باستثناء القليل من الإنقباض وألم الغازات. ففي الشهر السادس من الحمل كان الأمر يسير بشكل جيد حتى أننا ذهبنا لقضاء العطلة. أخيراً كنت قد أمضيت أحد عشر يوماً بعد موعد الولادة المستحق عندما بدأ تدفق الماء وتمت الولادة طبيعية وسليمة. لقد كان هذا الولد كهبة من عند الله.

إسقاط المرحلة الثانية من الحمل: بعد الأسبوع 12 والأسبوع 24

إن غالبية الإسقاطات تحدث قبل الأسبوع الثاني عشر إلى الرابع عشر من الحمل، ولكن كما رأينا من القصص السابقة، فإن العديد من النساء تمر بإسقاطات متأخرة ومزعجة وحتى أنهن يخسرن طفلاً كان يركل. وهذه الحركات عند الجنين تحدث من الأسبوع الثامن عشر إلى الأسبوع العشرين وما فوق من الحمل.

في أغلب الأحيان يكون سبب الإسقاط المتأخر هو عنق الرحم الغير كفؤ أو خللاً ما في الرحم يقلل من سعته. ويكون الطبيب في الحمل القادم قادراً على معالجة عنق الرحم الغير كفؤ بنجاح (أنظر الفصل الرابع ـ ص 149 لمزيد من التفاصيل حول علاج عنق الرحم الغير كفؤ ووضع الدرزة حوله).

ما الذي يسبب الإسقاط المتأخر؟

لا ينتج الإسقاط المتأخر عادة عن نقص في الهرمونات، لأن المشيمة، في حوالي الأسبوع العاشر إلى الحادي عشر من الحمل، تبدأ بتغذية الجنين بالمستوى المناسب من البروجسترون والهرمونات الأخرى. فعنق الرحم الضعيف أو الغير كفؤ هو سبب مهم في الإسقاط بعد الأسبوع الثاني عشر إلى السادس عشر. والذي يحدث هو أن عنق الرحم ينفتح وتتمزق بالتالي الأغشية إما بسبب العدوى التي تصل الأغشية من المهبل أو بسبب الضغط السابق لأوانه على عنق الرحم، والذي قد ينتج عن الشكل الغير طبيعي للرحم.

وسبب آخر للإسقاط المتأخر قد يكون الحمل المتعدد، فجنينان، ثلاثة أو أكثر قد تمدد الرحم بشكل مفرط لحد يبدأ فيه عنق الرحم بالانفتاح، مع أن ذلك لا يحدث عادة قبل الأسبوع العشرين من الحمل.

وبخلاف إسقاطات المرحلة الأولى (الأشهر الثلاثة الأولى) من الحمل والتي تبدأ بالانقباض والنزيف، تبدأ إسقاطات المرحلة الوسطى (ثاني ثلاثة أشهر) والناتجة عن عنق الرحم الغير كفؤ، عادة بخروج السائل السلوي من الأغشية الممزقة أو باندفاع غير مؤلم للدم النضر. وعند الفحص يكون عنق الرحم ممدداً. بعد ذلك يحدث الإسقاط عادة بشكل سريع وأحيانا

مـع ألم خفيف لفترة قصيرة من الوقت ـ ساعات بدلاً من أيام ـ بخلاف الإسقاطات الأليمة، المطولة والباكرة قبل الأسبوع الثاني عشر.

أما إذا كانت الأغشية غير ممزقة وكان تمدد عنق الرحم بأقل من ثلاث سنتيمترات عند المعاينة، قد يكون من الممكن حتى في هذه المرحلة المتأخرة أن يقفل الطبيب عنق الرحم بوضـع الدرزة حوله مُحَوّلاً بالتالي الحمل أن يستمر. ولكن إذا كان هناك إنقباضات أو نزيفاً، فعندها لن يحاول طبيبك وضـع الدرزة حتى تخف هذه العوارض.

وأحياناً في المرحلة الوسطى من الحمل قد يموت الجنين ويحتبس داخل الرحم أو قد يطرد خارجاً بعد فترة من النزيف والانقباض.

دور الريتودراين في الإسقاط المهدد في المرحلة الوسطى من الحمل

الريتودرايـن هو عقار تمت الموافقة على استعماله مـع النساء اللواتي قد تجاوزن الأسبـوع العشرين من الحمـل، لإيقاف تقلصـات الرحم. ويستعمل هذا العقار بشكل أساسي في معالجة المخاض السابق لأوانه. عندما تبدأ تقلصات الرحم في حين يكون الجنين غير كامل النمو كي يعيش خارج الرحم.

وهذا العقار آمن بالنسبة للطفل. والعارض الجانبـي الوحيد على الأم هو خفقان القلب السريـع. وهذا لن يسبب أذى دائماً للقلب، فقط شعور بالانزعاج كشعور المتسابقين. ولكن عند الإرشاد الكامل عن العوارض الجانبية تجد معظم النساء أن الأمر محمول. في بعض الأحيان قد يختفي هذا العارض الجانبـي إذا داومت المريضـة على العـلاج لوقت طـويل. وعندما توضـع الدرزة على عنق الرحم لمعالجة عدم كفاءته وإذا لوحظت تقلصات سابقة لأوانها. تكون الراحة السريرية ضرورية في هذه الحالة،

وتوصف أقراص الريتودراين إذا كان الحمل قد تجاوز الأسبوع العشرين. ولأن هذا العقار لم يسمح باستعماله قبل الأسبوع العشرين.

كما لا ينصح بشرب الكحول في فترة الحمل بسبب المجازفة في حدوث مجموعة العوارض الكحولية التي تصيب الجنين واحتمال تشوه الولادة،

الولادة الميتة، أو الموت في الرحم

إن أي موت متأخر للجنين، إما في الرحم، عند الولادة، أو بعدها بقليل هو أحد أصعب الاختبارات التي على الأهل التعامل معها. فلا مفر من الحقيقة أنه كلما قرب الجنين من الولادة والحياة خارج الرحم، كلما كانت الصدمة عنيفة ووحشية على الأهل.

هذه الأيام يمكن لأسباب الولادة الميتة أن تجتنب بشكل كبير عن طريق العناية ما قبل الولادة والتقليل المبكر من المخاض إذا بدا أن الجنين في خطر. في الحقيقة هناك مرات يكون فيها الجنين في الحاضنة (جهاز لحضانة المواليد المبكرين) أكثر أمان مما هو في الرحم. فقد لا يكون الجنين يحصل على التغذية اللازمة إذا كانت الأم مثلاً تعاني من ضغط الدم المرتفع أو داء السكري المستشري.

وكذلك يمكن للنزيف الحاد في المرحلة المتأخرة من الحمل أن يهدد الطفل. أما خلل المشيمة الذي يقود إلى النزيف المتأخر في الحمل فيكون إما **مشيمة منزاحة** (حيث تكون المشيمة بموقع منخفض من الرحم بين العنق ورأس الجنين) أو **إنفصال المشيمة الباكر** (وهو إنفصال المشيمة عن

جدار الرحم). وقد يكون هذا الانفصال خطراً جداً ويمكن أن يقود إلى موت الجنين بظرف ساعات. لذا فإن أي خسارة للدم بعد الأسبوع الثامن والعشرين يجب أن يعلم بها الطبيب فوراً، وان يتم استقصاءها.

حتى الآن لا يمكن لأحد أن يتوقـع بأن إنفصالاً سوف يحدث ولكننا الآن قادرون عادة على تشخيص هذه الحـالة بـواسطة التصـوير الفـوق السمعي وإجراء المزيد من المعالجة أو إذا لزم الأمر، إجراء ولادة قيصرية عاجلة بشق البطن. أما المشيمة المنزاحة فليست بهذه الخطورة وتترافق عادة بنزيف خفيف ومتكرر، له لون أحمر فاتـح ويكون غير مؤلـم، ويبدأ من الأسبوع الثلاثين إلى الأسبوع الثاني والثلاثين من الحمل. وفي هذه الحالة عادة ما يولد الطفل بواسطة الشق القيصري حالما يكتمل نموه. وكذلك يحدث الانفصال متأخراً أكـثر من المشيمة المـزاحة، في حـوالي الأسبوع الخامس والثلاثين مسبباً الألم والنزيف الداكن وقد تعاني المريضة من ضغط الدم المرتفـع.

وهناك حالات نادرة حيث يصبح حبل السرة متشابك حول الطفل: فقد يلتف هذا الحبل ويشد مرتين أو ثلاثة حول عنق الطفل مما يسبب الموت. أو هناك احتمال إذا كان حبل السرة طويلاً، أن يسبـح الطفل حول الحبل متسبباً في عقده، وتكون النتيجة أيضاً قاتلة. ولكن هذه الحوادث المتعلقة بحبل السرة هي ولحسن الحظ نادرة جداً.

ويمكنك أنت وطبيبك عن طريق العناية ما قبل الولادة أن تخففا من إمكانية حدوث هذه المآسي. لهذا السبب يجب على كل امرأة أن تكون منتظمة في زيارات الطبيب قبل الولادة. وبالرغم من طريقتنا الضميرية تلك فما زالت الولادات الميتة تحدث ولكن ببساطة ليس هناك أي تفسير واضـح لذلك.

ويساعد التصوير الفوق السمعي أكثر وأكثر في توقـع هذه المآسي. فهو مثلاً، ذو قيمة كبيرة في اكتشاف تخلف النمو ــ من سوء التغذية في الرحم (الناتـج مثلاً عن الارتفاع في ضغط دم الأم أوعن النزيف المهبلي المتكرر) ــ بواسطة تقدير وزن وحجم الطفل. ويمكن الآن بواسطة التصوير الفوق السمعي أن نشخص سبب النزيف في المرحلة المتأخرة من الحمل، وأن نميز بين المشيمة المنزاحة وانفصال المشيمة ــ فكل منهما تتطلب معالجة مختلفة. ويمكننا أيضاً أن نعرف إذا كان هناك أي خلل حاد في الجنين مما قد يقود إلى موت الجنين داخل الرحم. وفي بعض الأحيان يمكن حتى أن يعطي العلاج لتصحيـح وتجنب هكذا حالة. ويكون الخلل الجنيني مترافقاً مـع كميات زائدة من السائل السلدي (استسقاء السلى الغزير) أو كميات منخفضة (استسقاء السلى النذير) والذي يمكن رؤيته بواسطة التصوير الفوق السمعي. ويمكن أيضاً استعمال هذا التصوير في المرحلة المتأخرة من الحمل للتحقق من عدد الأوعية الدموية في حبل الطفل (ثلاثة بشكل طبيعـي) مما ينبهنا إلى إمكانية وجود خلل جنيني.

كيف يمكنك مراقبة سلامة طفلك في الحمل المتقدم

الآن أود أن أشرح بعض الفحوص الجديدة المذهلة والتي تعطي كل من الطبيب والأم المعلومات الدقيقة حول حالة الطفل في الحمل المتقدم. يمكن للفحص الأول أن يتم في البيت.

مخطط حركة الجنين

هذا تطور جديد نسبياً في علم الولادة الحديث حيث تحتفظ الأم بهذا المخطط في البيت (انظر شكل 3). يمكنك أن تسجلي على هذا المخطط عدد حركات الجنين. وذلك قد يعطيك علماً أفضل بأي خلل بـدأ في

الظهور، وسوف يزيد من معرفتك عن الوقت الـذي يجب فيه اعـلام الطبيب بأي تغير مهم.

في المرحلة الأولى من الحمل يكون معدل حركات الجنين اليوميـة متدنياً. ولكن هذه الحركات تصبـح واضحة ابتداءً من الأسبوع الثامن عشر (ويعرف ذلك بالتعجيل). وتزداد هذه الحركات حتى ما بين الأسبوع الثامن والعشرين والتاسـع والعشرين حيث تكون في أوجها. فحـركات الجنين في المرحلة الأخيرة من الحمل هي أفضل دليل على سلامته. وعندما يركل يتلوى أو يلتف يكون الطفل سليماً وسعيداً. وفي آخر أسبوعين من الحمل قد يتغير نمط هذه الحركات من الركل إلى الالتفاف. حيث يكون الطفل قد أصبـح كبيراً بالنسبة لكمية السائل السلوي التي يسبـح فيها وبالتالي يضيق مجال حركته.

ويتراوح معدل الحركات اليومية للجنين كما سجلتها الأمهات بين الأربعة والآلف وأربعمئة ــ فرق هائل! أما معظمهم فيتراوح بين الأثنين والثلاثين والمئة حركة في اليوم. ليس هناك أية أهميـة في العدد الفعـلي للحركات التي تسجلين، إنمـا في تغيرات العدد (أي عندمـا يخف عدد الحركات بشكل كبير). وفي الحقيقة يمكن أن نرى في التصـوير الفـوق السمعي أن الطفل يتحرك أكثر مما تشعر به الأم. ويعتقد أن الأم تحس فقط تلك الحركات التي تضرب جدار الرحم.

حفظ المخطط: اختاري ثلاثة أوقات مناسبة في اليوم حيث يمكنك ولمدة نصف الساعة أن تسجلي عدد الحركات التي تصدر عن الطفل. وسجلي أي شيء تشعرين به ــ ركلاً، التفافاً أو أي حركة. قد تختارين مثلاً الثامنة والنصف إلى التـاسعة صبـاحاً، الخـامسة والنصف إلى السـادسة مسـاءً والعاشرة إلى العاشرة والنصف ليلاً. من المهم أن تختاري أوقاتاً منتظمة

حيث يمكنك الاسترخاء وتحسس الطفل. وكذلك أوقات ما بعد الفطور الغداء أو العشاء هي مناسبة. فالعملية بحد ذاتها تكون مطمئنة لك لأنه بتركيزك على حركة الطفل ستعلمين أن كـل شيء يسير عـلى ما يـرام. ويساعد هذا المخطط الطبيب في فحص ما إذا كان مستوى النشاط يتناسب مـع عمر الطفل وحجمه.

وقد تكتشفين من خلال هذا المخطط أن لطفلك فترات من النوم واليقظة وأنه يتحرك أكثر في المساء منه خلال النهار وأنه لبعض الفترات لا يتحرك بتاتاً. ونفترض أن في هذه الفترات يكون الطفل نائماً. وفترات الراحة هذه لا تكون ثابتة. فالأطفال داخل الرحم لا يتبعون جدولاً منتظماً للنوم!

وليست هناك أي علاقة بين حركات الطفل وبين عمرك أو عـدد أولادك السابقين. ولكن إذا كنت تدخنين بشكل كثيف فقد تخف هذه الحركات.

ويمكن للمنبهات المختلفة كالضجيـج والضوء الخـارجي، اللمس والتصوير الفوق السمعي أن تزيد من حركات الجنين.

ويجب أن تكوني مستعدة في الشهر السابـع فصاعداً أن تعطي طبيبك أو المستشفى تقريراً عن حركات الجنين. وعليك بالتأكيـد التعامـل مـع الموقف كحالة طارئة إذا كان هناك ثلاث أو أربع حركات فقط أو لا حركة على الاطلاق على مدى فترة الأثني عشر ساعة. وسيكون بإمكان الطبيب أن يتحقق من مخاوفك بالاستماع إلى نبض قلب الجنين وبالتصوير الفوق السمعي. فإذا لم تظهر أي حركات لبضـع ساعات قد يكون هناك مشكلة. ولكن عادة ولحسن الحظ يكون الأمر بسيطاً ولكن بشكل عام فإن الاحتفاظ بهذا المخطط هو فحص سهل ويسير وقد ينبه طبيبك إلى وجود مشكلة كامنة.

تسجيل حركات الجنين اليومية　　التعليمات

الاسم : ________________

سجلي ولمدة نصف ساعة ثلاث مرات في اليوم كل مرة تشعرين بأن الطفل يتحرك. ليكن ذلك من الثامنة إلى الثامنة والنصف صباحاً من الواحدة إلى الواحدة والنصف ظهراً ومن السابعة الى السابعة والنصف مساءً. ولإكمال هذا السجل سجلي تاريخ ووقت الفترات. ضعي أشارة في كل مربع في كل مرة يتحرك فيها الطفل. لا تسجلي المجموع.

التاريخ : ______

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	المجموع	
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____

= المجموع اليومي ☐

التاريخ : ______

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	المجموع	
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____

= المجموع اليومي ☐

التاريخ : ______

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	المجموع	
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____

= المجموع اليومي ☐

التاريخ : ______

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	المجموع	
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____

= المجموع اليومي ☐

التاريخ : ______

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	المجموع	
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____

= المجموع اليومي ☐

التاريخ : ______

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	المجموع	
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____
الوقت :																											× 8 = ____

= المجموع اليومي ☐

مخطط فعلي لحركات الجنين والذي يمكنك استعماله باتباع التعليمات في أعلى المخطط، وبالتعاون مع طبيبك.

الشكل (3) مخطط حركات الجنين

فحص ضغط الجنين

إذا كانت سلامة طفلك موضع شك في المرحلة الأخيرة من الحمل، فهناك نوعان من فحوص الضواغط يمكن أن يجريا بهدف الاطمئنان. فالفحص الخالي من الضواغط يظهر أنه عندما يتحرك الطفل يزداد معدل خفقان قلبه. ويجب قبل إجراء هذا الفحص أن تتوقفي عن الدخان، تناول العقاقير المسكنة وبعض الطعام، وأفضله الحلوى. سوف يستجيب الطفل بشكل أفضل بفضل الغلوكوز الموجود في مجرى الدم.

ويمكن لهذا الفحص أن يجرى في عيادة الطبيب أو في المستشفى. وسوف يطلب منك الاستلقاء بشكل جانبي على سرير الفحص حيث يمكن إيصالك بمرقاب يلتقط معدل خفقان قلب الجنين. وتوضع آلة للتسجيل على البطن. وعندما يتحرك الطفل تضغطين على زر يحدث علامة على الصفحة.

في تلك الحالة يكون الطبيب يبحث عما يدعى تفاعل الجنين للتأكد من أن معدل القلب يتسارع بالترابط مع عدد مناسب من الحركات ويتطلب هذا الفحص تسارعين أو أكثر لمعدل قلب الجنين بمقدار خمسة عشر ضربة في الدقيقة على الأقل، والتي يجب أن تدوم ثلاثين ثانية (مرتبطة مع الحركات) على مدى فترة عشرين دقيقة.

تسمى هذه الطريقة الفحص الخالي من الضواعظ لأنها لا تشرك تقلصات الرحم وحيث تكون حركات الطفل إرادية. ويمكن لهذا الفحص أن يتكرر كل ثلاثة أيام إذا كان هناك ضرورة لذلك.

أما **فحص ضواعظ التقلص** (CST) فهو تعديل للفحص الخالي من الضواعظ. هنا يتدخل الطبيب في إثارة نشاط الرحم. والهدف ليس إطلاق

المخــاض ولكن التقلصــات. ويكــون هنــاك تحكم دقيق. ويسجــل معدل/نبض قلب الجنين والتقلصـات أيضاً. لإجـراء هذا الفحص يجب الذهاب إلى المستشفى حيث يتم اعطاؤك المصل عبر الوريد.

وهنا أيضاً يطلب منك الاستلقاء على السرير مـع استعمال المرقاب وآلـة التسجيـل المتصلين بـالبـطن لتسجيـل معـدل نبض قلب الجنــين والتقلصات. ويتم اعطاؤك مادة البتوسين (pitocin) بواسطة الخط المتصل بذراعك عبر الوريد والتي تسبب التقلصات. ويجري هذا الفحص إذا كان الـطبيب مهتماً بصحـة الطفـل أو إذا كانت نتـائـج الفحص الخـالي من الضواعط موضـع شك.

وعند اختبار التقلصات بمعدل ثلاث كل عشر دقائـق يراقب الطبيب للتأكد من عدم وجود أي انخفاض في معدل نبض قلب الجنين بعد كل تقلص. فإذا كان هناك انخفاض فقـد يعني ذلك أنـه هناك نقص في المخزون الرحمي المشيمي، أي امداد غير كاف من الطعام، والأوكسيجين للطفل من المشيمة. فعندما يتقلص الرحم يقطـع امداد الدم إلى المشيمة والطفل لمدة الثواني القليلة تلك. وفي حال غياب مخزون الغلوكوز الكافي في قلب الطفل كي يحـافظ على خفقـان القلب السليم خلال التقلص أو بعده، فمعنى ذلك أن الطفل لم يتلق التغذية الكافية. وعندها يحتاج الحمل إلى مزيد من العناية. أو أن الطفل قد يحتاج لأن يولد إذا كان الحمل متقدماً جداً.

علم الحوامل النامي

في هذه الأيام يعمل أطباء الـولادة والأطباء النسـائيون جنبـاً إلى جنب ــ وليس فقط بعد ولادة الطفل بل حتى قبل الولادة. فهناك بعض الحالات الموجودة منذ الولادة التي يمكن معالجتها بواسطة العمليات الجراحية

فيها لا يزال الطفل في داخل الرحم. هذه الحالات غالباً ما تظهر في المجالات لأنها تبدو مستقبلية للغاية وجزء من «عالم جديد وشجاع».

فطبيب الولادة مثلاً يكون قادراً على تشخيص حالة ما بأخذ عينة من الدم من حبل السرة وكذلك على إعطاء الدواء للجنين بالطريقة ذاتها، بينما يبقى الجنين داخل الرحم. هذه العلاقة الجديدة بين طبيب الولادة والطبيب النسائي قد ساهمت في بروز مفهوم علم الحوامل الذي يعكس الحقيقة أن عناية طبيب الولادة والعناية بالمولود الجديد تتداخلان الآن بشكل عميق.

وفي الحقيقة، ربما تكونوا قد قرأتم أو سمعتم في التلفزيون عن العمل الجديد والمثير لأطباء الوراثة الذين يأملون اكتشاف ومعالجة المشاكل الوراثية وليس تشخيصها فقط، وهذا النوع من «علاج الجينات» سيكون أيضاً موضوعاً للنقاش لأن العملية تعطي الأهل الفرصة لإجهاض الجنين عند استحالة تصحيح الخلل الوراثي. ويحدد هذا الفحص فقط للأزواج المعروف أنهم يحملون جينات غير طبيعية ـ أي مضغة تكون خالية من المشكلة الموروثة، وذلك بواسطة إيجاد جينات لخلل معين لتكيف أكياس حثل العضلات والناعور.

وبالرغم من مخاوف معارضي الإجهاض فإن هدف العلماء هو مساعدة أولئك الأزواج الخائفين من الانجاب، على انجاب أطفال أصحاء. فهم يتجنبون بشكل أساسي الإجهاضات المستقبلية الأزواج الذين اخصبوا وعليهم الانتظار لمعرفة نتائج فحص بزل السلى وبالنهاية عليهم أيضاً أن يقرروا إجهاض الحمل في حوالي الأسبوع العشرين.

لقد حضرت مؤخراً محاضرة بعنوان «معالجة المضغة المبكرة عند الثدييات». ووجدت أن عمل العلماء هو مشوق للغاية وهناك تشريعات من

قبل الكونغرس وفي أوروبا تتحكم ببعض نواحي هذا النوع من الأبحاث.

فالأهل الحاملون لجينات مرض وراثي قد يكون عليهم الانتظار بينما يموت طفلهم المحبب ببطىء من مرض موروث. أو ربما قد شاهدوا معاناة أحد الأقرباء، فهم غير مستعدين أن ينجبوا طفلاً إلى هذا العام يكون هذا مصيره. وهكذا، وبالرغم من أن التقنية قد تبدو عند البعض وكأن الأهل يتوقعون الطفل الأفضل، لا يمكن إجراء فحص أو علاج للجينات إلا في حالة الأهل الموثوق من حملهم لجينات غير طبيعية.

كيف يمكن للعلماء تحديد الجينات التي تحوي المرض؟

باستعمال ذات الطريقة التي تتم لتكوين «أطفال داخل الزجاج»، البرنامج الناجح والمألوف هذه الأيام لتكوين الأطفال خارج الرحم، يجمع العلماء البويضات من الأم بعد إثارة البيض لإنتاج فوق العادة وكمعدل عام يمكن تلقيح ست بويضات بنجاح. بعد ذلك يقوم العلماء بانتزاع خلية أو أثنين في اليوم الثاني بعد التلقيح عندما تكون بداية الحياة البشرية هي مجموع ثمان خلايا نامية ومتكاثرة. ويكون حجم هذه الخلايا أصغر من النقطة في نهاية هذه الجملة.

وبإجراء استئصال للخلية ودراستها، وباستعمال بعد ذلك تقنيات التضخيم حيث تتكاثر الخلايا ثلاثة أو أربعة ملايين مرة يستطيع العلماء أن يستدلوا على بعض الأمراض الوراثية. ويمكن في بعض الأحيان شفاء الخلل في هذه المرحلة المبكرة بمعالجة المشكلة بالجينات السليمة. وتوضع البويضات التي يظن أنها قابلة للنمو في رحم الأم. في ظل القوانين الحالية يمكن إنجاز هذا العمل قبل أن تصل المضغة اليوم الرابع عشر، في هذه المرحلة تنظم الخلايا التي ستؤلف الطفل أخيراً نفسها على خط يقال له «السلسلة البدائية».

لا يمكن لأي طبيب أو عالم أن يتوقع أن شخصاً سيولد مع نزعة وراثية كامنة للإصابة بداء السكري أو داء الزيمر (Alzheimer) بفحص خلية واحدة. ولكن التكنولوجيا للقيام بهذا الفحص قد تكون أيضاً في المتناول. فهناك حقاً تطورات مدهشة وحديثة في علم التكنولوجيا وفي مجال التناسل وخاصة في فترة الحمل المبكرة. فالآن وقد صار لنا فهم عظيم لكيفية تكوين الحياة البشرية ـ وبشكل أهم للمشاكل في هذا التصميم الموضوع بعناية ـ قد نتمكن يوماً ما، وبتدخل مرهف من إحداث تغيرات لإزالة مآسي ومعاناة الأطفال الحديثي الولادة.

الجزء الثاني

ما المشكلة؟ وما العمل؟

الفصل الثالث

هل هي مسألة هرمونات؟

تأخذ الهرمونات اسمها من الكلمة اليونـانية **horman** والتي تعني «يضـع قيد الحركة». فالهرمونات هي المرسلات الكيماوية للجسم والتي يتم إنتاجها بواسطة الأنسجة والأعضاء. وتحدث بعض هذه الهرمونـات تعديلات داخلية لمختلف الأجهزة في الجسم، وتستجيب أخرى للأحداث الخارجية وتثير بالتالي ردات الفعل السلوكية. وكما تعلم معظم النساء من خلال الدورة الشهرية. فإن التوازن الهرموني للفرد يحتوي إشارات عميقة إلى كيفية عمل الجسم البشري.

أما لماذا تكون هرمونات بعض النساء مختلة التوازن بشكل أن هؤلاء النساء لا يمكنهن الاحتفاظ بالحمل، فلا علم لدينا. في عام 1973 حدثت ثورة في مجال علم الغدد في الجسم عندما تم لأول مرة معـرفة قيـاس المستويات الحقيقية للهرمون الجنسي. فمتى أمكن تحديد تركيبة الهرمونات، أصبـح من الممكن حتى تقديم البدائل للهرمون والتي لها التأثير ذاته على الجسم بدل هرمونات الجسم الطبيعية الخاصة.

[illegible] تراتم في قصص النساء المذكورة حتى الآن عن تحاميل مصنوعة من البروجسترون وهو أهم الهرمونات في مرحلة الحمل المبكرة. ولاحقاً في هذا الفصل سوف نتعمق في موضوع الدورة التناسلية.

أمـا الآن لنلقـي نظرة على شـرح نقص الهرمـونات الـذي يعتقد البعض أنه يصيب عشرة إلى خمسة عشر بالمئة من النساء اللواتي يسقطن. وهذا عدد لا بأس به من النساء.

ما هي الأسباب الهرمونية للإسقاط؟

سأبدأ بشرح الطبيعة الخاصة لما يقال له بشكل متناوب نقص الهرمون الصفر (LPD) أو النقص في الجسم الأصفر (CLD). إن البروجسترون يتم افرازه بواسطة الجسم الأصفر، وهوجسم صغير أصفر وله شكـل الكيس يظهر على المبيض في منتصف الدورة الشهرية بعد الإباضة. فلهذا الهرمون ربما العديد من النشاطات بالإضافة إلى أهميته في تحضير بطانة الرحم لحفظ المضغة. فالحقيقة أن أي نقص في البروجسترون قد يقود إلى إسقاط المضغة.

ويكون على هذا الجسم الأصفر في المبيض أن يستمر في تزويـد المضغة بالغذاء حتى تنمو المشيمة وتأخذ عنه هذا العمل. هذا الانتقال (ويقال له أيضاً النقلة الصفراء ـ المشيمية) يمكن أن يحدث في أي وقت من الأسبوع السابع إلى الأسبوع العاشر من الحمل. وبالنتيجة فمعنى ذلك أنه يبدأ بالحدوث في حوالي الأسبوع الخامس بعد الإخصاب (لأنه يتم تأريـخ الحمل طبياً من اليوم الأول من آخر دورة شهرية).

ويعيش هذا الجسم الأصفر لمدة عشرة أسابيـع فقط بعد الإباضة (والإخصاب). لذا، فإن الطبيب عادة ما يبحث في الحمل الذي اسقط قبل الأسبوع العاشر كي يحدد أي نقص أصلي في الهرمونات.

كيف يمكن لطبيبك أن يعرف إذا كنت تعانين في نقص في الجسم الأصفـر؟ إذا حدث لـك ألم وقت الإباضـة وهـذا يعني أنـك تنتجـين

البويضات وبالتالي فأنت تشكلين الجسم الأصفر. هذا الألم عادةً ما يكون على جانب واحد أو كلا الجانبين في أسفل البطن. ويدوم لبضـع ساعات وتكون طبيعته شبيهة بالانكماش. وقد يرافق هذا الألم خروج سائل لزج يمكن أن يكون حتى بلون الدم. هذه الحالة يقال لها شلال الإباضة. وإحدى علامات وجود النقص في الجسم الأصفر هي عدم ارتفاع الحرارة خلال الدورة الشهرية العادية. بشكل طبيعي، إذا حصلت الإباضة جيداً سترتفـع حرارة جسمك في الأيام العشرة التي تلي الإباضة على الأقل. فالبروجسترون الذي يفرزه الجسم الأصفر هو المسؤول عن ارتفاع الحرارة (النقلة الحرارية) والذي يجب أن يدوم عشرة إلى أربعة عشر يوماً إذا كان إنتاجك لهذا الهرمون طبيعياً.

وهناك طريقـة أخرى لفحص النشـاط الصحيـح للجسم الأصفر تجرى من قبل الطبيب ويقال لها فحص بطانة الرحم. هذه العملية يمكن أن تتم في عيادة الطبيب وهي عادة خالية من الألم نسبياً. وتتم بإدخال منظار في المهبل، بنفس الطريقة التي تؤخذ فيها لطاخة بابانيكـولا. ويحقن مخدر موضعي كالنوفوكاين (Novocain) في نقاط مختلفة من عنق الرحم بهـدف سد الممـرات العصبية التي قـد تثار بـاستعمال الـقـطر أو آلـة الاستئصال. وبما أن عنق الرحم هو لين فإن عملية الحقن تكون غير مؤلمة، وأقل ايلاماً بكثير من الحقنة التي يستعملها طبيب الأسنان في اللثة القاسية قبل مـلء التجويف. وبالمناسبة يمكنك أن تطمئني من عدم وجود تأثيرات لاحقة لعملية فحص بطانة الرحم. وقد تختبرين بعض الانقباض الطفيف أو السيلان اللذين لا يدومان طويلاً. ويمكنك متابعة نشاطك العادي في اليوم ذاته، ويجب أن تحدث الدورة الشهرية في موعدها المحدد.

بعد ذلك توضـع أداة داخل عنق الرحـم لتثبيته بينما تدخـل أداة

أخرى بلطف عبر العنق إلى داخل الرحم. وبالتالي يتم أخذ قطعة من بطانة الرحم بواسطة الكشط أو السحب باستعمال مفرغة الهواء المتصلة بطرف الآلة. وتوضع هذه العينة في وعاء صغير محكم ويرسل لاحقاً إلى طبيب الأمراض. وهناك أيضاً أدوات وتقنيات أخرى تستعمل في استئصال بطانة الرحم.

وتتم هذه العملية في أواخر الدورة الشهرية أي عادة حوالي اليوم الخامس والعشرين إلى السابع والعشرين بعد التأكد من خلال فحص الحمل أنك في الحقيقة لم تصبحي حاملاً بعد.

بالنسبة لطبيب الأمراض تمثل تلك العينة من بطانة الرحم يوماً معيناً من الدورة الشهرية لأن كل يوم من الدورة يحدث مظاهر مختلفة في بطانة الرحم. فإذا كان الفرق بين التاريخ المذكور من الدورة وبين تقدير طبيب الأمراض يتجاوز اليومين، وإذا كان هناك فرقاً إضافياً في اليوم الذي تحدث فيه الدورة التالية، عندها يمكننا معرفة ما إذا كان عندك نقص الجسم الأصفر أم لا. وحتى إذا تمت الإباضة وإنتاج البروجسترون، فقد لا يكون هناك المستوى الكافي من هذا الهرمون ليساند الحمل.

يبقى طريقة أخرة للتحقق من النقص في الجسم الأصفر وهي أخذ عينات من الدم من الذراع على فترات تبدأ من وقت الإباضة (في اليوم الرابع عشر) لمعرفة مستويات البروجسترون، فمن الضروري أن تكون هذه المستويات عالية. فإذا كانت منخفضة و عندك مخطط هزيل للحرارة ــ أي لا يبين ارتفاعاً أو ارتفاعاً ثابتاً ــ وإذا كان فحص بطانة الرحم لا يتناسب مع تواريخك. عندها يكون هناك دليل واضح على وجود النقص في الجسم الأصفر. وسنأتي على ذكر علاج ذلك لاحقاً.

لماذا لا يعمل الجسم الأصفر دائماً بشكل صحيح؟

إن تكوين الجسم الأصفر يعتمد على إفراز هرمون يقال له غونادوتروبين (gonadotropin) من الدماغ الأوسط. فالعوامل النفسية الضاغطة التي وجد أنها تؤثر في الدماغ الأوسط تؤثر بالتالي على إنتاج هذا الهرمون. وكذلك فإن الهرمونات التي تفرز في الدماغ تعمل بشكل ترادفي مع الهرمونات المنتجة بواسطة أعضاء الجسم. فعندما يكون المستوى منخفضاً في واحد منها ينعكس ذلك في الأعضاء الأخرى. وهذا مثال على جدل البيضة والدجاجة، فلا يمكن لأحد أن يحدد أيها جاء أولاً. لكن الضواغظ والمشاكل العاطفية الحادة يمكن أن تؤثر في الدورة الشهرية الأساسية، في القدرة على الإخصاب وكذلك القدرة على الحمل الكامل عن طريق التدخل في الإباضة وفي عمل الجسم الأصفر.

وكذلك فالإفراز المفرط لهرمون آخر يدعى برولاكتين (prolactin) (وهو الهرمون المسؤول عن إنتاج الحليب بعد الولادة) قد يعيق أيضاً عمل الجسم الأصفر. وقد وجد أن زيادة البرولاكتين مرتبطة بالضواعظ. فإذا أظهر الفحص أن لديك مستوى عال من البرولاكتين يمكن أن تعالجي بشكل سهل جداً. ولكن في الغالب لا يعرف سبب النشاط الهزيل في الجسم الأصفر.

هناك طرق عديدة لعلاج النقص في الجسم الأصفر. والهدف بشكل جوهري هو إعادة المستوى الجيد للبروجسترون في جسمك. ونعتمد الآن حصراً إلى حد ما على البروجسترون الطبيعي في هذه المعالجة وهو نفس الهرمون الذي ينتجه جسمك خلال الحمل. وتسأل العديد من النساء ما إذا كان تناول بديل هذا الهرمون آمن في فترة الحمل وإذا كان يقود إلى أي تشويه في الولادة. وقد اثيرت هذه المسألة لأن معظم الأدوية المتوفرة

حالياً والتي تلعب دور البروجسترون ليست بروجسترون طبيعي ولأن هذه الهرمونات الاصطناعية المعروفة بالبروجستين (Progestins) قد القي اللوم عليها في زيادة التشويه في الولادات وخاصة في تأثير ذكوري على الأعضاء التناسلية الأنثوية إذا تم تناولها في فترة الحمل المبكرة. وحتى التشويه في قلب وذراعي وقدمي الطفل قد ارتبط باستعمال البروجستين. وفي الحقيقة لقد وجد أن البروجستين الاصطناعي قد يزيد حتى من تطرف النقص في الجسم الأصفر عن طريق إعاقة نشاطه الطبيعي وبالتالي التقليل من بروجسترون الجسم!

وللبروجستين، وهو مستحضر صنع في المختبرات ويمكن أن يؤخذ عبر الفم، تأثير يشبه تأثير البروجسترون. ومع أن مخاطر تشويه الولادة لم تظهر من هذه المستحضرات، فقد كان هناك بعض القلق لكون هذه المستحضرات اصطناعية. أما إدارة الأغذية والأدوية فلا تعارض استعمالها في فترة الحمل. ولكن يجب على النساء استعمال البروجسترون الطبيعي فقط إذا كن يحاولن الإخصاب أو تجنب الإسقاط. فلم تظهر أي دراسة حتى الآن تدل على أي خطورة على طفلك من جراء استعمال البروجسترون الطبيعي قبل أو بعد الحمل. ولكن كالعادة لا بد من التوضيح: لا يجب أن يؤخذ أي دواء أبداً في فترة الحمل إلا إذا كان هناك سبباً محدداً وكانت المنافع الممكنة تفوق المجازفة. فقد حصل البروجسترون الطبيعي على سمعة سيئة فقط لأنه قد أدرج في خانة البروجستين الاصطناعي.

فإذا تم تحديد النقص في الجسم الأصفر عندك ولم تكوني حاملاً بعد، فمن الأفضل بدء العلاج قبل الإخصاب ـ لإعطاء حملك الآتي بداية سليمة. هذا العلاج يمكن أن يقدم بطرق عديدة، ويجب عليك التقيد بنصيحة الطبيب. فعند بداية الدورة الشهرية تأخذين الكلوميفين

(Clomiphene) الذي يضمن لك الإباضة، وبعدها تأخذين تحاميل البروجسترون الطبيعي التي تدخل في المهبل بجرعة مقدارها 25 أو 50 ملغ صباحاً ومساءً من حوالي اليوم الرابع عشر (يوم الإباضة) ولمدة عشرة أو أثني عشر يوماً على الأقل. في ذلك الوقت يجري فحص للحمل فإذا لم تكوني حاملاً تتوقفين عن استعمال التحاميل، ولكن إذا حصل الإخصاب فعادة ما تتابعين أخذ التحاميل لفترة متقدمة من الحمل ذلك مع مساندة فحوص مستويات الهرمون للتأكد من بقاء كمية الهرمونات كافية (ويمكن دائماً زيادة الجرعة). ويمكن للبروجسترون الطبيعي أن يعطي أيضاً بواسطة الحقن العميق داخل العضل.

أما عدم ملاءمة التحاميل فهو بسبب احتمال انزلاقها من المهبل خلال النهار. وتشكو بعض النساء من جفاف المهبل، ونساء أخرى من التهيج بعد استعمال التحاميل. وقد يكون العارض الجانبي الأخير (التهيج) ناتج عن المواد الكيماوية الأساسية الممزوجة مع البروجسترون. ويمكنك أن تطلبي من الصيدلي أن يصنع التحاميل مع مواد كيماوية أخرى.

أما مدة استمرار هذا العلاج في فترة الحمل فذلك يعتمد على طبيبك. وعادة يكون علاج البروجسترون غير ضروري بعد حوالي الأسبوع العاشر ـ بتأريخ الحمل من أول يوم من آخر دورة شهرية ـ لأنه في ذلك الوقت يجب أن يكون عندك المستوى الكافي من البروجسترون ويكون طبيبك قد رأى المشيمة النامية على الصورة الفوق السمعية.

ويبقى هناك طريقة أخرى للعلاج تحاول زيادة إنتاج الجسم الطبيعي البروجسترون: حقن من هرمون HCG (موجه المنسل المشيمي عند الإنسان) كل بضعة أيام في النصف الثاني من الدورة الشهرية. ولكن، لأن

علاج النقص في الجسم الأصفر ما زال قيد البحث، يمكنك الاعتماد على نصيحة طبيبك في شأن أفضل طريقة لحالتك.

كيف يمكنك التأكد أن البروجسترون لن يسبب تشويه في الولادة؟

منذ الذعر العام والنادر في الخمسينات الذي سببه هرمون DES ـ الذي كان يعطي أثناء الحمل لمنع النزيف والإسقاط ـ أصبح هناك رفض لاستعمال العقاقير والهرمونات أثناء الحمل مما أدى تقريباً إلى نشوء مذهب العديمة في العلاج.

فهذا الهرمون (DES) والذي استعمل لأول مرة سنة 1948 تم أخيراً سحبه من التداول سنة 1971، عندما تم تحديد تأثيراته المشؤومة على بنات النساء اللولتي استعملن هذا الهرمون (أنظر 231). ويصنع هذا الهرمون من هرمون الاستروجين (estrogen). وقد بدأ استعماله لأن الأطباء اصيبوا باحباط من عدم قدرتهم على معالجة نزيف النساء في فترة الحمل المبكرة والإسقاطات اللاحقة. وقد بدأ أنه كثير الفائدة في تجنب هذه المشاكل. ولم يلاحظ أحد ذلك الوقت أن الأستروجين ليست الهرمون الأساسي في الحمل وأنه يعمل بتغيير عوامل تجلط الدم. فهذا الهرمون يوقف النزيف عند الرجال النساء أو الأطفال وحتى أنه يوقف الرعساف (الدم السائل من الأنف). لكن الأستروجين بحد ذاته ليس له أية علاقة مهمة بالحمل، وفي الواقع فإن منع النزيف بهذه الطريقة لا علاقة له بالإسقاط.

ولهرمون DES تأثيرات مشؤومة على المواليد الذكور والإناث. ففي الإناث يسبب سرطان المهبل في سن مبكر (سن المراهقة)، وهذا مرض غير موجود عند النساء قبل عمر السبعين. وكذلك يسبب مشاكل في الخصوبة

تنتج عن خلل تركيبي في القناة التناسلية، وبشكل أساسي تشوهات في الرحم وعنق الرحم. فإما أن يكون جوف الرحم صغيراً جداً أو مشوه الشكل (رحم بشكل T). هذه الأنواع من الاختلال، بالإضافة إلى تسبب العقم، تقود أيضاً إلى الإسقاط. أما عند الذكور فقد تكون الخصيتين هزيلة النمو مما يؤدي إلى عقم الرجال.

ولكن البروجسترون هو هرمون الحمل، ويمكن استعمال البروجسترون الطبيعي في فترة الحمل المبكرة، كما تم الشرح سابقاً.

هل علاج الهرمونات كاف لمنع الإسقاط؟

إذا تذكرت قصتي روث وباولا، فكلاهما قد استعملن البروجسترون لكن مشاكلهما كانت متعددة. وبالنتيجة، وبنظرهما، لم يبدو البروجسترون ذات أهمية في إحداث الولادات السليمة. وغالباً ما تكون الحالة كذلك. فقد تجتازين حملاً ناجحاً وأنت تتساءلين إذا كان العلاج بالهرمونات ضرورياً. ولكن إذا كنت قد اسقطي سابقاً، وإذا كان عامل الوقت جوهري في حالتك، فمن الحكمة أن يعالجك الطبيب بحذر فائق. فإذا كان علاج الهرمونات يساعد في دعم الحمل خلال الفترة الدقيقة الأولى من الحمل، فعندها تكونين قد تجاوزتي على الأقل أكثر المراحل غدراً بأمان.

القصة اللاحقة تعكس حالة كهذه حيث يعمل الطبيب كل ما بوسعه ويعالج كل الأشياء التي يمكن أن تسبب المشاكل. لقد عانت مارتا ثلاث إسقاطات، بما فيها خسارة طفل ولد حياً في الشهر العشرين ولكنه عاش لمدة ساعة فقط. أخيراً عانت من حمل رهيب أثمر ابناً لطيفاً هو الآن في الشهر الأول من عمره. وقد استعملت مارتا سلسلة كاملة من العلاجات: تحاميل البروجسترون، الراحة السريرية، المضادات الحيوية لعدوى القناة البولية،

درزه عنق الرحم، المناعة بكريات الدم البيضاء من زوجها والتناول اليومي لقرص اسبيرين الأطفال والفيتامينات. وتخبرنا مارتا قصتها بشيء من الحنان وبمشاعر قوية يشاركها فيها بالتأكيد الكثير من النساء.

«لقد استغرقني الأمر شهراً كاملاً لأعي حقيقة أنه صار لي أبن!»

كان أول إسقاط لي منذ سبع سنوات عندما كنت في الثالثة والعشرين من العمر. فأنا وزوجي كنا نرغب كثيراً في أن يكون لنا طفل وقد تشوقنا كثيراً فترة الحمل. لم يخطر ببالي أن مشكلة ما قد تحدث. فلمدة الشهرين الأولين كانت الأمور تسير على ما يرام. بعدها، وقبل تمام الثلاثة أشهر، ابتدأ رشح الدم وطلب مني الطبيب الحضور للمعاينة. ذهبت واظهر التصوير الفوق السمعي أن الجنين ليس حياً. كان ذلك يوم الجمعة وكان علي أن اخضع لعملية تمديد وتجريف الرحم يوم الأثنين.

وأتذكر الشعور المزعج أن هناك طفل ميت في داخلي طيلة عطلة نهاية الأسبوع. لم أشعر بالنظافة. وكنا أنا وزوجي غاضبين فقد بكينا معاً ولكننا لم نتحدث عن الأمر أبداً حتى بعد أربعة أشهر عندما شعرنا بوضوح أنه يمكننا التحدث بأمان. لم نجرِ أي فحص في تلك الأثناء.

بعد ستة أشهر من ذلك أصبحت حاملاً مرة أخرى، ومرة أخرى خسرت الحمل بعد ثلاثة أشهر. وهذه المرة حدثت وأنا في عملي، فصرت، وبشكل مفاجىء أنزف بكثافة. اتصلت بالطبيب الذي أخبرني أنه علي العودة إلى المنزل والبقاء في السرير. ولكن لمرة ثانية في البيت صرت أنزف بشكل حاد، وكان علي أن أذهب إلى المرحاض حيث كنت على وشك الإغماء، وكانت الجلطات كبيرة جداً. ولكنها ذهبت في المرحاض ولم يبق منها شيئاً للفحص.

بعد ذلك ذهبت أنا وزوجي لإجراء استشارة وراثية. فأنا أعمل يومياً في مركز للمتخلفين عقلياً وعلى وعي تام بمسؤولية إنجاب طفل متخلف عقلياً إلى الحياة ــ وكذلك بالصعاب التي تواجه الأهل في تربية هذا الطفل. فأردت أن أعلم إذا كانت مشكلتنا هي هذه. ولكن الطبيب قال أننا طبيعيان من ناحية وراثية.

بعدها أصبحت حاملاً للمرة الثالثة. وبدأ رشح الدم أيضاً في وقت مبكر، ولكنني لزمت السرير وكانت الأمور تسير على ما يرام حتى الأسبوع العشرين. واعتقدنا أن كل شيء سيكون جيداً هذه المرة. واتذكر أننا كنا في الثلاثين من شهر كانون الأول، شعرت خلال النهار بالانقباض والغازات لم يحدث أي رشح. وفي الساعة الثانية بعد منتصف الليل بدأت أشعر بانقباضات شديدة، بدت وكأنها آلام الغازات. وبدأت أتوهم أن ما يحدث لي هو مخاض.

وفي الوقت الذي شعرنا بأنه هنالك مشكلة انتقلنا إلى المستشفى وكان قد حدث توسع بمقدار خمس سنتيمترات. كان وزن الطفل خمسة عشر أونصة وولد حياً. ولكنه مات بعد ساعة.

كل ذلك كان يحدث بفترة ثلاث سنوات وكنت عندها في السادسة والعشرين من عمري. في ذلك الحين بدأت أشعر بالحسد والكره الشديدين لأطفال الأصدقاء. وكذلك صرت أشعر أني لن أحمل مرة ثانية وفكرت في التبني.

لكن زوجي لم يدعم فكرة التبني، فكما قال، لم يعطنا أحد سبباً للإسقاط بعد. «لم نعمل كل ما بوسعنا»، قال زوجي. «لم يقال لنا بعد أننا عقيمان». فما زلت أريد طفلاً بأي ثمن. ومرت سنتان بعد خسارتنا للطفل وقلت في نفسي أنني سأحاول ثانية. واعطتني إحدى الجارات اسم طبيب في المدينة ــ هو أفضل الإخصائيين، كما قالت. واتذكر أنني فكرت، «هذا

جنون، الطبيب هو طبيب». ولكنني أخيراً استجمعت شجاعتي واتصلت به، معتبرة إياها المحاولة الأخيرة.

ذهبت أنا وزوجي لرؤية هذا الطبيب. واتذكر الجلوس أمامه اتساءل ما إذا كان يعرف أكثر مما يعرفه الآخرون. أولاً، أجري لي فحصاً كاملاً مع فحوص من جميع الأنواع. وقد جلبت ملفاتي من الأطباء الآخرين. بعدها قال، «لماذا انتظرتي كل هذه المدة بعد الإسقاط الأخير؟» اخبرته أنني كنت أفكر في التبني. فاستعمل هذه الكلمات السحرية: «ليس هناك من سبب يمنعك من إنجاب طفل صحيح بكل معنى الكلمة».

لقد أجرى هذا الطبيب العديد من فحوص الهرمونات وفحوص الغدة الدرقية. وأخيراً وبعد سلسلة مكثفة من الفحوص، بدأ بفحص المناعة. وأظهر هذا الفحص أنني لا أنتج شيئاً في الدم لإعاقة المضادات الحيوية التي كانت ترفض الحمل. فقد كنت منيعة بواسطة كريات الدم البيضاء من عند زوجي. ويجب أن أقر أننا كنا خائفين من أن نكون نخدع الطبيعة؛ فالعملية كانت جديدة وصعبة الفهم.

وسار الحمل لمدة الشهرين الأولين على ما يرام، ولم يكن هناك رشح للدم، ولكن هذا الرشح بدأ ثانية في حوالي الأسبوع الثامن من الحمل. كنت أخسر الدم. وقد أجرى الطبيب فحوصاً للدم ولاحظ فوراً مشكلة في مستوى الهرمونات. فبدأت باستعمال تحاميل البروجسترون. وكنت أذهب كل أسبوع إلى المختبر لإجراء فحص للدم للتأكد من بقاء مستويات الهرمون على قدر كافٍ. وكان قد طلب مني منذ البداية أن أتناول قرصاً من أسبيرين الأطفال في اليوم لزيادة إمداد الدم إلى المشيمة، واستعملت كذلك المضادات الحيوية لمنع العدوى في القناة البولية. وهكذا وبينما كنت حاملاً، كنت استعمل تحاميل البروجسترون، ايريثروميسين (مضاد

حيوي). أسبرين الأطفال، والفيتامينات وكذلك كريات الدم البيضاء من عند زوجي. وكنت قلقة طوال تلك الفترة!.

وعدا زيارات الطبيب والمختبر كنت ملتزمة بالراحة السريرية الكاملة. وزيادة في سوء الأحوال صرت مريضة جسدياً، اتقيأ ليلاً نهاراً ولم استطع أكل أي شيء. وفي الشهر الرابع، وضع الطبيب درزة حول عنق الرحم. ولكني استيقظت في إحدى الليالي بسبب الإنقباض ووجدت لشدة رعبي أن الملاءات كانت ملطخة بالدم. اتصلت بالطبيب وأنا في حالة في الرعب وابكي على خسارة الطفل. لكنه طلب مني أن أرتاح وأن أذهب لمراجعته صباح اليوم التالي. في هذا الوقت شعرت أنه مقدر لي خسارة أخرى. فقد كنت مريضة جداً وبعد هذا العذاب الشديد بدت فكرة خسارة الحمل انفراجاً إلى حد ما.

أجرى الطبيب التصوير الفوق السمعي. كان نبض القلب موجوداً؛ حتى أنني رأيته! في الحقيقة شعرت بقليل من الارهاق لأن الأمر لم ينته. فقد كان ذلك صراعاً حقيقياً. ولكن الطبيب أخبرني أن الحمل يبدو بصحة جيدة.

بعد أسبوعين من ذلك أجريت التصوير الفوق السمعي مرة أخرى. وبدا للطبيب أنه هناك كيساً فارغاً وفسر لي الأمر بأنني كنت أحمل توأمين اسقطت أحدهما وبقي الآخر.

بعد خمسة أشهر توقف مرضي وتقيوئي وبدأت أشعر كحامل طبيعية باستثناء الخوف المتواصل في كل مرة أذهب إلى المرحاض حيث أقوم بتفقد نفسي. واستمريت بأخذ الصور الفوق السمعية. ونزع الطبيب الدرزة من حول عنق الرحم قبل أسبوع من موعد الولادة المستحق، ذلك في حال جاءني المخاض. في النهاية، بعد أسبوع من الموعد المستحق، لم تحدث أي

تقلصات، ولكن الطبيب استحث المخاض. وذهبت إلى المستشفى في التاسعة صباحاً، وفي الساعة الواحدة تقريباً تمت ولادة الطفل. وكان طبيعياً تماماً.

وقد أصبح الآن كبيراً. هل كان ذلك بسبب كل هذه العقاقير التي كنت أتناولها؟ أود لو كان لي طفل آخر ولكنني لست مستعدة أن أعيش تلك التجربة مرة أخرى. فأنا الآن في الثلاثين من عمري. ولاحظت كم أنا محظوظة في أن أبدأ شابة.

لم أصدق حتى رأيت الطفل يخرج مني، وفكرت، آه يا إلهي هذا هو. وفي البداية بقيت باردة وغير منفعلة ثم بدأت أبكي. وقد استغرقني الأمر شهراً كاملاً لأعي حقيقة أنه صار لي ابن. وما زال زوجي لا يصدق أنه صار أباً. وفي كل ليلة نتفقد ابننا النائم بشيء من الدهشة.

أعجوبة الحياة

لماذا يكون الإخصاب وانجاب الأطفال الأصحاء سهلاً جداً عند بعض النساء وصعباً جداً عن البعض الآخر. لماذا تكون بعض النساء مخصبة وتكونين أنت أو شريكك ترغبان كثيراً في الإنجاب ولكنكما منذوران للألم والخسارة.

هذه الأسئلة الرئيسية تجيئك بلا شك كالطاعون في كل يوم من حياتك إذا كنت قد أسقطت أكثر من مرة سابقاً. ليس هناك كما تعلمين أصلاً، جواب بسيط. ولكن في هذه المرحلة أظن أنه من المفيد أن نبدأ بوصف تشريحي أساسي لجهاز التناسل عند المرأة، حتى نصبح جميعاً مرتاحين للتعابير والمفاهيم التي هي قيد الشرح.

أعضاء التناسل

مع أن معظم النساء اليوم ربما تشعرن أنهن على علم بأكثر مما تحتجن إلى معرفته عن أعضائهن الجنسية أو التناسلية، دعوني أشرح كيفية تصنيف هذه الأعضاء بالمصطلحات الطبية. فالمهبل هو الممر إلى الأعضاء الداخلية، ويمثل المبيضان مكان تخزين البويضات. وتشكل الأنابيب موقعاً للتلقيح وممراً لانتقال البويضات الملقحة (أو الفطر البرعمي)؛ والرحم هو موضع إنزراع الجنين النامي.

من الخارج هناك الفرج أي المنطقة الواقعة بين الفخذين. والتي تحوي جبل العانة، المشفرين الكبيرين، والمشفرين الصغيرين، البظر، غشاء البكارة، الإحليل، وتركيبات غددية مختلفة.

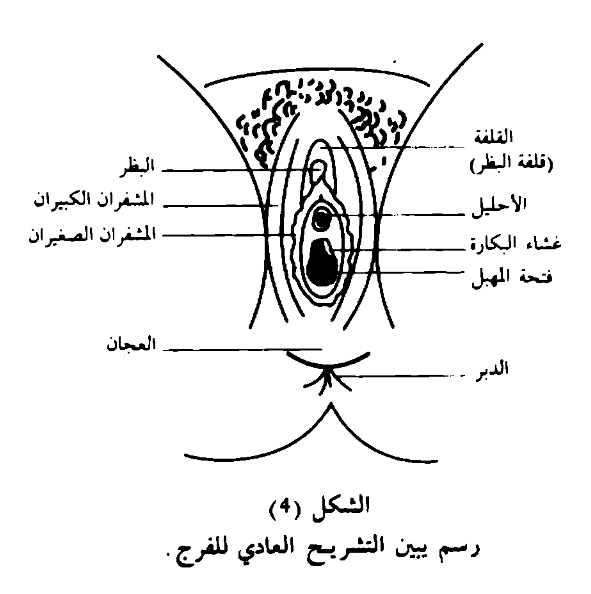
أما جبل العانة فهو عبارة عن وسادة مليئة بالشحم يغطيها شعر العانة الأجعد والذي يكون على شكل مثلث عن النساء. والمشفران الكبيران هما طيتان مستديرتان من الشحم المغطى بالأنسجة ويشبهان الصفن عند الذكور. عند الفتيات الصغيرات يكون هذان المشفران ملتصقين معاً، بينما عند النساء اللواتي أنجبن الأطفال يكونان منفرجين. بعد سن البلوغ يغطي الشعر هذين المشفرين ويمتد حتى إلى الناحية الداخلية من الفخذين.

أما المشفران الصغيران، الأحمران اللون، يختلفان بشكل كبير من حيث الحجم. بعد الولادة يمكن أن يبرزان خارجاً. وتحتوي الطيات الرقيقة من الأنسجة أطراف عصبية، ويمكن لعضلاتها أن تجعلها منتصبين.

والبظر عند المرأة يعادل حشفة القضيب عند الذكور، وهو جسم صغير قابل للانتصاب ونادراً ما يتجاوز طوله السنتيمترين حتى في حالة

الانتصاب. وهذا البظر هو مفرط الحساسية للمس، لكونه أحد مواضع الإثارة الرئيسية عند المرأة.

والإحليل هو الفتحة المتصلة بالمثانة. تحت الإحليل تماماً هناك فتحة المهبل والتي تختلف من حيث الحجم والشكل في مختلف النساء. وهذا المهبل، الذي هو تركيب عضلي على شكل الأنبوب أو الفجوة بين المثانة والمستقيم، هو عضو المرأة الأساسي في عملية المجامعة. وقد يختلف كثيراً من حيث الطول، مع أن طوله يكون عادة عشر سنتيمترات. ولكن وقت الولادة يتمدد بشكل ملحوظ. أما الجزء الأسفل من عنق الرحم، الذي هو مدخل الرحم فيتصل بأعلى المهبل. (أنظر الشكل 4).



الشكل (4)
رسم يبين التشريح العادي للفرج.

الرحم وعنق الرحم

إن جزء عنق الرحم الذي تمكن رؤيته من المهبل له فتحة في وسطه

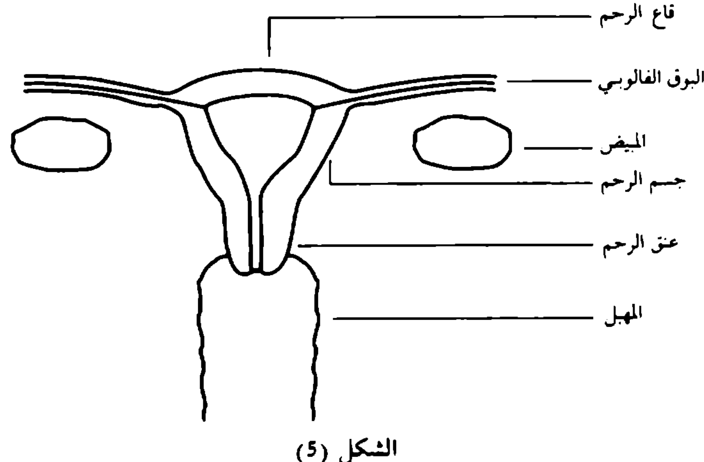
يقال لها الفم الخارجي. وتكون قبل الولادة صغيرة وبيضاوية ولكنها تغير شكلها بعد ولادة طفلك الأول. أما الطرف الآخر من عنق الرحم والذي ينفتح إلى داخل الجزء الأسفل من الرحم له فتحة يقال لها الفم الداخلي. ويكون طول عنق الرحم سنتيمترات قليلة فقط.

ويتألف عنق الرحم بشكل أساسي من العضلات الرقيقة، ألياف الكلاجين والأوعية الدموية. خلال الحمل يصبح نسيج الكلاجين مرناً بشكل أنه ينفصل ويصير ليناً. وعادة تكون نسبة المحتوى الفعلي منخفضة ــ حوالي العشرة بالمئة. ولكن عند المرأة التي لديها عنق رحم غير كفؤ تكون نسبة العضلات في تركيبة عنق الرحم أكبر بمقدار لا بأس به (أسباب ذلك مشروحة بالكامل في الفصل الرابع ص 135). أما الغدد في قناة، أو ممر، عنق الرحم فتعزز مادة مخاطية تشكل السدادة الواقية خلال الحمل، والتي عندما تخرج في بداية المخاض يقال لها «العلامة». ويتمدد البرزخ الواقع بين جسم الرحم وعنق الرحم خلال فترة الحمل الأخيرة والمخاض، مما يشكل الجزء الأسفل من الرحم والذي تجري من خلاله عمليات الشق القيصرية إذا دعت الحاجة.

أما الرحم فهو عضو عضلي، غالباً ما يشبه شكله بإجاصة مقلوبة. ولهذا الرحم فجوة مبطنة بالنسيج، يقال لها بطانة الرحم، والتي بدورها تغذي الجنين في فترة الحمل تحت تأثير البروجسترون. وهذه البطانة تكون سميكة تشبه غشاء مخملياً قرنفلي اللون تتراوح سماكتها بين 0.5 و 5 ملمترات ومبطنة بالأوعية الدموية. وتمر خلايا بطانة الرحم بالعديد من التغيرات التي، كما رأينا سابقاً في هذا الفصل، يمكن ملاحظتها في كل مرحلة بواسطة طبيب الأمراض خلال الدورة الشهرية. (أنظر الشكل 5).

أما بوقا فالوب فيخرجان من القرون، أو الزوايا، على كل جانب من

قمة الرحم. ويتراوحان طولاً ما بين الست والعشرة سنتيمترات، ويتقلص هذان البوقان بشكل ملحوظ بعد فترة إنقطاع الطمث. ويتراوحان أيضاً من حيث الثخانة من 2 و 3 ملمترات إلى 5 و 8 ملمترات للقطر. وكبطانة عنق الرحم يكون هذان البوقان مبطنين بغشاء مخاطي. ولكن هذه البطانة تتألف فقط من طبقة واحدة من الخلايا وتمر كذلك بتغيرات خلال الدورة الشهرية، وتكون هذه التغيرات مهمة جداً في خصوبة المرأة. مثلاً إذا كانت البطانة مصابة بضرر ما فقد لا يمكن للبوق أن يدعم عملية التلقيح بشكل كافٍ وقد يكون ذلك سبباً للعقم.



الشكل (5)
يبين هذا الرسم العلاقة بين الأعضاء التناسلية الداخلية.

ويقسم كل بوق إلى أربعة أجزاء: النسيج الذي يمتد عبر جدار الرحم ومن ثم إلى داخل البوق (الجزء الخلالي)، الجزء الذي يمتد بجانب جدار الرحم (الجزء البرزخي) والموضع الملاصق للمبيض حيث تتم عملية التلقيح (الجزء الأنبولي). أما الجزء الأخير عند طرف البوق يتمدد بشكل يشبه الأصابع، يدعى خمل البوق، إلى سطح المبيض ويكون

جاهزاً لاحاطة البويضة كالأخطبوط، لأنه ينفصل عن سطح المبيض وقت الإباضة. ومتى تم إطلاق البويضة تنتقل عبر البوق بواسطة الخلايا التي تشبه الشعيرات وبمساعدة التقلصات في جدران البوق.

أما المبيضان فهما عضوان يشبهان حبة اللوز واللذان ينموان لإنتاج البويضات. وكذلك يفرزان حصتهما من الهرمونات. ويتراوح المبيضان من ناحية الحجم من 2½ إلى 5 سنتيمترات طولاً ويتقلصان بعد فترة إنقطاع الطمث. ويكون مركزهما في الجزء الأعلى من الحوض على جداره الخلفي ما بين وعاءين دمويين كبيرين وخلف بوقي فالوب.

بطانة الرحم والتغير الهرموني

هناك ثلاث تغيرات أساسية في دورة بطانة الرحم الشهرية ومهمة جداً في السلسلة التناسلية:

1 ـــ مرحلة الطمث.
2 ـــ المرحلة الجرابيـة أو التكاثرية.
3 ـــ المرحلة الإفرازية أو الصفراء.

بعد دورة الطمث (مرحلة الطمث) تكون بطانة الرحم رقيقة لأن بطانة الأوعية الدموية قد انفصلت نهائياً. ثم تعود للنمو تدريجياً وتصبح أكثر سماكة (المرحلة الجرابية أو التكاثرية)، إلى أن تصل إلى مرحلة تصبح فيها سميكة ومغذية (المرحلة الإفرازية أو الصفراء) للمرة الثانية. وتحدث هذه التغيرات نتيجة للإطلاق المؤقت للهرمونات خلال الدورة الشهرية.

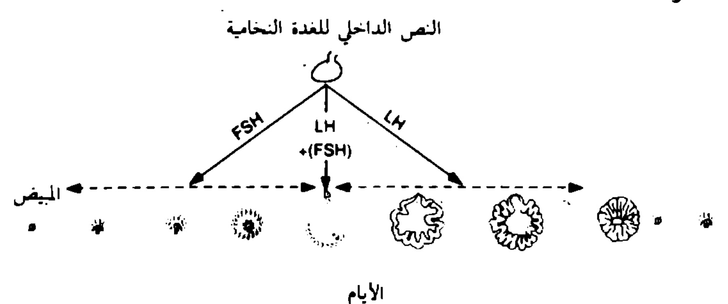
ففي وقت الطمث، مثلاً، يفرز الدماغ الأوسط مادة تساعد في إطلاق هرمون الغونادوتروبين، حيث تتوجه هذه المادة إلى الغدة النخامية في الجزء الأسفل من الدماغ. هناك يتم إطلاق الغونادوتروبين بدورة، وفي

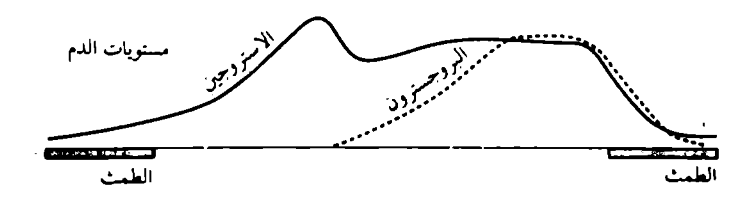
البداية يكون الهرمون الأساسي هو FSH (هرمون إثارة الجريب). وينتقل هذا الهرمون عبر مجرى الدم إلى المبيض حيث يؤدي إلى نضج البويضة (أو الجريب). إن مجرد عملية النضج تقود البويضة إلى إنتاج هرمون الاستروجين والذي بدوره يحث بطانة الرحم على بدء النمو مرة ثانية (المرحلة التكاثرية). (أنظر شكل 6).

وفي منتصف الدورة الشهرية، حوالي اليوم الرابع عشر، يتم إفراز هرمون آخر من عائلة الغونادوتروبين بواسطة الغدة النخامية يقال له LH (الهرمون المصفر) وهذا يسبب مغادرة البويضة للمبيض. وتدوم فترة الطمث إلى الإباضة حوالي الأربعة عشر يوماً، ولكن في الحقيقة قد تتراوح بين الثمانية أيام والعشرين يوماً. أما الجزء الثاني من الدورة فهو أكثر دقة: فمن وقت الإباضة يستغرق الأمر أربعة عشر يوماً قبل بداية الدورة الشهرية الثانية إلا في حال حدوث الحمل. إذن، فالإباضة تتم دائماً في أربعة عشر يوماً قبل الدورة الثانية، وليس بالضرورة بعد أربعة عشر يوماً من بداية آخر دورة.

إن لحظة إطلاق البويضة ليست حدثاً مفاجئاً، كما تعتقد الكثير من النساء. ففي الواقع، أن الأمر يتم ببطء شديد بفترة تتراوح بين الدقيقتين والثلاث دقائق. وقد يكون إخراج البويضة مترافقاً مع سيلان خفيف للسائل من الشكل الجديد الفارغ (الجريب). فإذا سال هذا السائل في فجوة الحوض قد يرافق ذلك ألما خفيفاً أو إنقباضاً. ويكون ذلك احساس بألم في أسفل البطن يحدث في منتصف الدورة ويدوم لبضع ساعات فقط. وكذلك يخرج بعض الدم أو المخاط إلى المهبل (شلال الإباضة). وهذان الأمران ليسا فقط مألوفين بل أنهما علامة جيدة على الإباضة.

بعد ذلك يلتقط بوق فالوب البويضة. وتواصل الغدة النخامية إفراز الغونادوتروبين LH والذي يجعل الجريب الذي أخرج البويضة ينتج البروجسترون (وكذلك الاستروجين). هذا الجريب يقال له الآن الجسم الأصفر.







الشكل (6)

يظهر هذا الرسم تحكم الهرمونات (FSH, LH) ببطانة المبيض والرحم.

ويتم إفراز هرمون LH لمدة أربعة عشر يوماً، وعند ذلك الوقت ينحل الجسم الأصفر (الذي يستمر في حال الحمل على تغذية الحمل للفترة الأولى) وتبدأ دورة جديدة مع بداية مرحلة الطمث.

أما إنتاج البروجسترون خلال المرحلة الصفراء فهومهم جدا في

المحافظة على الحمل. فعندما يتم تلقيح البويضة، يتابع إفراز هرمون LH، ولا ينحل الجسم الأصفر بل يستمر في إفراز البروجسترون، الذي يحث على إفرازات بطانة الرحم مما يضمن الغذاء للبويضة الملقحة المبكرة.

وعندما يحدث الحمل تأتي الإشارة إلى الجسم الأصفر بأن لا يموت بعد أربعة عشر يوماً وإلى غشاء بطانة الرحم بأن تتابع افرازاتها من هرمون الحمل HCG أو موجه المنسل المشيمي عند الإنسان، والذي قد تم افرازه بواسطة البويضة الملقحة. إذن، فالبويضة الملقحة هي التي تعطي الإشارة للاستمرار بإنتاج البروجسترون كي تبقى حية ومزودة بالغذاء الكافي. وهرمون HCG هو مهم أيضاً في الحمل لأنه يمنع الجسم الأصفر من الانحلال على الأقل لمدة الأسابيع الثمانية إلى التسعة الأولى حتى تكون المشيمة قد تطورت وأصبحت قادرة على تسلم مهامه.

هرمونات الحمل

كما شرحت فالبروجسترون هو الهرمون الأهم في الحمل على الاطلاق بجعله بطانة الرحم تسمك وتخزن الغذاء للجنين. ويقوم هذا الهرمون أيضاً بتهدئة الرحم ويساعد في تجنب حدوث المخاض المبكر. أما النشاط الآخر للبروجسترون فهو المحافظة على السدادة المخاطية في عنق الرحم في حالتها الكثيفة والغير قابلة للانفتاح الأمر الذي يحول دون حدوث العدوى التي تدخل الرحم من المهبل.

أما هرمون HCG فيتم إنتاجه بكميات هائلة خلال الحمل السبب الذي جعله يكون أساس الفحوص الأولى للحمل. وهذا الهرمون الذي يتم إنتاجه بواسطة البطانة الخلوية للبويضة الملقحة المبكرة يساعد في الإبقاء على الجسم الأصفر حياً. ونجد أعلى تركز له في الأسبوع العاشر إلى الثاني

عشر من الحمل ومن ثم ينخفض معدله خلال الأشهر اللاحقة مع أنه يبقى مرتفعاً طوال فترة الحمل. لذلك إذا أظهر فحص الدم عندك أن مستوى هرمون HCG قد انخفض عند نهاية المرحلة الأولى من الحمل (نهاية الشهر الثالث) فإن ذلك قد يكون طبيعياً جداً.

ومع أنه يتم إنتاج الأستروجين بكميات كبيرة بواسطة المشيمة فإن تبديل هذا الهرمون يكون عديم الجدوى في فترة الحمل.

الرحم، بوقا فالوب والمبيضان

إذا كان هناك خلل بأي من ههذ الأعضاء الأساسية، عندها تنشأ المشاكل التناسلية. ولكن يبقى أن الأمر اللامعقول هو أن هذه الأعضاء تنمو فيك في مرحلة المضغة المبكرة وبالتالي فقد كان هناك فرص عديدة لأن يحدث خلل ما. فمثلاً، ينمو الرحم والبوقان في المضغة الأنثوية في الأسبوع الخامس بعد التلقيح حيث يكون طول المضغة 10 إلى 11 ملمترات فقط. ويبدأ الرحم كنصفين. وبعد التحام هذين الجزئين معاً يبدأ الرحم النامي بتكوين فجوة تكمل أخيراً عندما يكون عمر الجنين أثني عشر أسبوعاً. أما فتحة المهبل فلا تكتمل قبل الشهر السادس من الحمل.

وخلال المرحلة المبكرة من نمو المضغة قد يفشل نصفا الرحم في الالتحام الصحيح أو قد يلتحما بشكل جزئي فقط مما يؤدي إلى المشاكل التركيبية.

وقد تنشأ مشاكل مشابهة داخل الرحم في المبيضين وعملية إنتاج البويضات. فالخلايا التي ستشكل البويضات تظهر في الجنين الأنثى تقريباً في الأسبوع الثالث بعد الإخصاب! وفي الشهر الثاني يكون للجنين الأنثى حوالي 600,000 بويضة. وفي الشهر الخامس يكون مخزون هذا الجنين

حوالي السبعة ملايين بويضة. وحتى وقت الولادة ينخفض هذا العدد إلى المليونين، وعند سن البلوغ يكون قد انخفض أكثر إلى حوالي 400,000 بويضة.

فالنساء بحاجة فقط إلى بضع مئات من البويضات لهدف التناسل، لأنه يتم إطلاق بويضة واحدة فقط كل دورة، ولكن لدى كل النساء مخزون هائل من البويضات يقل تدريجياً خلال فترة الخصوبة. فمن العدد الهائل والمدهش في سن البلوغ (400,000) ينخفض هذا العدد إلى 35,000 حالما تتجاوزين سن الخامسة والثلاثين.

ولحد علمنا، لا تنتج النساء بويضات جديدة بعد الولادة بخلاف الذكور الذين ينتجون يومياً وبشكل ثابت النطفات النضرة. وقد يقذف أكثر من مليار نطفة في عملية جماع واحدة. ويتم إنتاج هذه الكمية على الفور تقريباً.

الدورة الشهرية والإباضة عند النساء

إن العادة الشهرية المنتظمة خلال سنين الخصب عندك لها أهمية كبيرة. لأنه في كل شهر تدور مسرحية الحياة ثانية: نضوج البويضة (وعند الذكور تكوين النطفات إباضة تلقيح ممكن وانزراع. كل هذه العملية معقدة للغاية وما زالت قيد الأبحاث.

ولكننا نعرف عن التغيرات المتوقعة في إنتاج الهرمونات، وعن أن الإنتاج الدوري للبويضات كل شهر تقريباً هو القاعدة أكثر مما هو الشواذ. فمن غير المعتاد أن تكون المرأة غير قادرة على الإباضة ولا يحدث لها الطمث.

إذن فإن الأهمية الأساسية في الدورات المنتظمة هي في كون الدورة كلها طبيعية وربما كان معنى ذلك أن الإباضة تحدث عندك وأنه هناك إنتاج طبيعي للهرمونات الجنسية. فإذا كان هنـاك إباضـة نفترض أن إنتاجك للهرمون المطلق للغونادوتروبين GNRH ، الهرمون المثير للجريب FSH والهرمون المصفر LH من الدماغ وإنتاج البروجسترون والأستروجين من المبيض هو مناسب.

أما دورة الإباضة ودورة بطانة الرحم (التغيرات في بطانة الرحم) فهما مرتبطان بشكل وثيـق وينعكسان في النشاط الهرموني.

وأحد الألغاز العظيمة في الدورة التناسلية عند الإنسان هو لماذا يتم اختيار القليل من بين الآف البويضات للنضوج، وأيضاً لماذا يتم اختيار بويضات معينة وليس بويضات أخرى.

عندما تحدث الإباضـة غالبـاً ما يبـدأ أكثر من بـويضة أوجـريب بالنضوج ولكن هناك عادة جريب أو أثنين فقط يشقان طريقهما إلى سطـح المبيض في الوقت الذي يصبـح فيه جدار المبيض رقيقاً. ويختار الجريب موقعاً حيث يتم التمزق. ونكاد لا نرى البويضة البشرية الناضجة بالعين المجردة. ويتشكل الجسم الأصفر في المبيض في موقـع الجريب المتمزق. ويكون لون هذا الجسم ذهبياً فاتحاً كما يدل اسمه ويبلـغ قطره حوالي 1 إلى 3 سنتم. وبالرغم من صغره يمكن رؤيته بسهولة بواسطة العين المجردة.

وكذلك فإن وقت الإباضة في الدورة الشهرية هو ذو أهمية كبيرة لأن التلقيح يجب أن يتم بظرف ساعات من بعد الإباضة. لذلك، ولكي يكون عندك فكرة أفضل عن الوقت الذي يجب أن تحاولي فيه الإخصاب، إبدأي بتقدير دورتك بتسجيل موعد بداية الدورة اللاحقة، والتي ستكون بعد أربعة عشر يوماً تماماً من آخر إباضة.

هناك خمسة وعشرون بالمئة من النساء على وعي بالإباضة عندهن. فقد يشعرن ببعض العوارض كالألم أو الانقباض في أسفل البطن والذي ذكرته سابقاً. أو قد يكون انهن على وعي بارتفاع أساسي في الحرارة والذي يقاس بميزان خاص. فالإباضة في الحقيقة تحدث تماماً قبل النقلة في الحرارة والتي تكون ناتجة عن نشاط البروجسترون المنتج بعد الإباضة. ولحفظ مخطط للحرارة عليك الحصول على ميزان خاص للحرارة وصفحة لتسجيل التخطيط البياني من الصيدلية. ويجب أخذ الحرارة من الفم (أو المستقيم) لمدة ثلاث دقائق قبل النهوض من السرير في الصباح ، وتظهر الورقة المخططة بشكل عريض النقلة الحرارية التي تحدث بعد الإباضة.

والآن هناك، وبمتناول الجميع فحص توقع الإباضة الذي يقيس الارتفاع في هرمون LH الذي يثير الإباضة من الدماغ هذه الفحوص التجارية بالإضافة إلى خفظ مخطط الحرارة هي من أفضل الطرق المستعملة لمعرفة متى تحدث الإباضة وبالتالي متى يمكن للإخصاب أن يحدث إذا حصلت المجامعة.

كيف تنمو المضغة والجنين خلال الحمل

إن لحظة الإخصاب هي بداية النمو المثير والمشوق لحياة إنسان جديد. فالقدر الممكن للقاء الحيوان المنوي بالبويضة في الجزء الخارجي من بوق فالوب يمكن توقعه من الساعات أو الأيام القليلة الأولى بعد عملية التلقيح.

بعد ذلك تلتحم الخلايا وتبدأ فوراً بالانقسام بشكل أنه بعد أربعة أيام يكون هناك كتلة من الخلايا يقال لها الأرومة الأصلية. وينشأ عن ذلك أشكال صغيرة تشبه الأصابع، تعرف بالزغابات المشيمية التي هي ضرورية

لحضن المضغة النامية. وبعد سبعة أيام تصل المضغة إلى الرحم. وتبدأ الزغابات بالالتصاق ببطانة الرحم حيث يكون لها مصدراً جديداً للغذاء بالانفتاح على الأوعية الدموية عند الأم.

المرحلة الأولى من الحمل

تبدأ كتلة الخلايا بالتحول إلى جنين وكيس للحمل. وبنمو الجنين يخرج حبل إلى المشيمة التي ستكون ويبدأ إنتاج السائل السلوي، وتظهر الأغشية السلوية والمشيمية.

ويرجع تاريخ الحمل الطبيعي إلى أول يوم من آخر دورة شهرية. ولكنني لمزيد من الدقة استعمل طريقة تعود إلى لحظة الإخصاب (اليوم الرابع عشر من الدورة). لذلك، فعندما أقول أسبوعان بعد الإخصاب فذلك يكون كأن نقول الأسبوع الرابع من تاريخ الحمل الطبيعي، أو وقت انقطاع أول دورة شهرية.

أما في الأسبوع الثاني بعد الإخصاب يكون الحمل كبيراً لدرجة أنه يمكن رؤيته بالعين المجردة. ولا يزال المبيض يحتوي على الجسم الأصفر الصغير والذي يغذي الإخصاب.

في الأسبوع الثالث تكون المضغة بطول 2 ملم. وتكون الأعضاء الأساسية كالعمود الفقري، الجهاز العصبي، الرأس والجذع قد بدأت بالتشكل. أما في الأسبوع الرابع يكتمل تشكل الصدر، البطن، الدماغ والنخاع الشوكي. وكذلك تبدأ براعم الأطراف بالظهور وبنهاية هذا الأسبوع يتشكل القلب وتبدأ الدورة الدموية.

في الأسبوع الخامس بعد الإخصاب تنمو الأطراف وتبدأ خلايا الدم

الخاصة بالطفل بالدوران في كل جسمه. وتنمو كذلك الأمعاء ولكن ليس في موضعها الصحيح. ويكون طول المضغة في هذه الفترة حوالي 1.3 سم (حوالي نصف الإنش).

وفي الأسبوع السادس يبدأ القلب بالخفقان بشكل قوي وتكون كل الأعضاء الداخلية الرئيسية، بما فيها الرئتين قد تشكلت. ويكون نمو العينين والأذنين يحدث في هذه الفترة. ويكون طول المضغة 2.2 سم (حوالي الإنش). وهذا هو أسوأ وقت للأم للإصابة بالحصبة الألمانية مما يؤثر بشكل مباشر على عيني وأذني الجنين. وفي هذا الوقت يكون بإمكان التصوير الفوق السمعي أن يظهر نبض قلب الجنين ويمكن بالتالي تقدير قابلية الحمل على النمو. (أنظر شكل 7).

وبنهاية الأسبوع السابع يكون طول المضغة 3 سم (أكثر بقليل من 1 إنش) ووزنها غرامان (أقل من ثمن الأونصة). وبالرغم من أن الطفل يتحرك في هذه الفترة إلا أنك لا يمكنك أن تشعرين به بعد.

في الأسبوع الثامن يتشكل حبل السرة، ولكن لا يوجد بعد مشيمة ناشطة. ويكون طول المضغة $4\,^1/_2$ سم ($1\,^3/_2$ أنش) ووزنها 5 غ (أقل من ربع الأونصة).

في الأسبوع التاسع بعد الإخصاب يمكن أن نلاحظ أن للمضغة شكل إنسان فالعينان كاملتا الشكل ويمكن القول إن المضغة أصبحت جنيناً. ويكون طوله حوالي طول الأصبع الصغير $5\,^1/_2$ سم ($2\,^1/_4$ إنش) ووزنه 15 غ (ثلث الأونصة).

وتتشكل كل الأعضاء الرئيسية بفترة الأسابيع التسعة الأولى. وتسمى هذه المرحلة مرحلة **تكوّن الأعضاء**. ومن هذه المرحلة فصاعداً

يكون الجنين غير معرض لمصائب ولادية أساسية مع أنه يمكن أن يتأثر بمخاطر المحيط أو بالولادة المبكرة.

في الأسبوع العاشر يتكون الوجه بشكل تام وكذلك الأعضاء التناسلية الخارجية. ويكون طول الطفل $6\frac{1}{2}$ سم ($2\frac{1}{2}$ إنش) ووزنه 18 غ (ثلثا الأونصة).

وفي الأسبوع الحادي عشر بعد الإخصاب قد يمكن رؤية جنس الطفل بواسطة التصوير الفوق السمعي (إذا كان ذكراً على الأقل). ويكون طول الجنين حوالي $7\frac{1}{2}$ (3 إنش) ووزنه 30 غ (حوالي الأونصة).

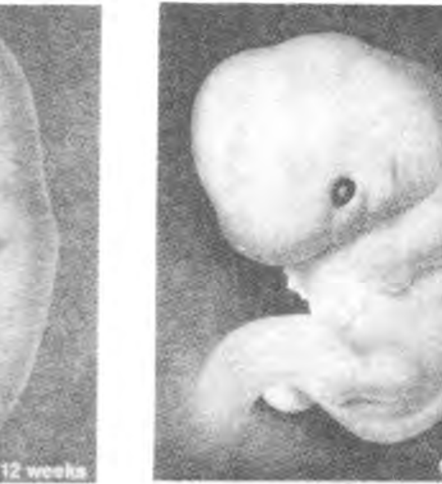
ويحدد الأسبوع الثاني عشر بعد الإخصاب نهاية المرحلة الأولى من الحمل حيث تتشكل كل الأعضاء ولكن الطفل لا يزال غير ناضج. ويكون الجنين كما رأينا غير قادر على النمو باستقلال خارج الرحم.

ويكون الرحم في هذه المرحلة متضخماً جداً ويبدأ بالبروز خارج الحوض، وعلى الطبيب أن يكون قادراً على جسه (أي تحسس الرحم بواسطة اليدين) عن طريق البطن. ويحتوي الرحم في هذه الفترة غرام من السائل السلوي.

أما هدف الحمل من هذه المرحلة فصاعداً فيكون مساعدة الطفل على النضوج أكثر فأكثر حتى يصبح قادراً على الحياة خارج الرحم.

المرحلة الوسطى من الحمل

في الأسبوع الثالث عشر تصبح التغيرات الجسدية واضحة في الجنين، فالعنق يصبح طويلاً، والرأس لا يعود يتكىء على الصدر. وينغلق جدار البطن مخبأ الأمعاء التي كانت إلى ذلك الوقت خارجاً.



الأسبوع 6

- المضغة بطول الإنش تقريباً
- وزنها 30/1 من الاونصة
- استهلال العينين، الاذنين والانف
- تطور الجهاز الهضمي
- ظهور العمود الفقري
- ظهور براعم الذراعين، المرفقين والأصابع
- ظهور الرجلين، الركبتين واصابع القدم
- تشكل الوجه والقسمات

- وضوح في اليدين، الأصابع والأظافر
- وزنه 8 إلى 12 أونصة.

الاسبوع 12

- الجنين بطول 3 إنش تقريباً
- وزنه 2/1 إلى اونصة
- وضوح في اليدين، الاصابع والأظافر
- دليل على بروز نمو الأسنان
- معظم العظام بدات بالنمو
- الكليتان تفرزان البول
- وضوح اكثر في الاعضاء الجنسية الخارجية



الاسبوع 20

- طول الجنين حوالي 10 إنش
- وزنه 8 إلى 12 اونصة
- الأعضاء الجنسية الخارجية محددة تماماً
- تشكل كامل للعينين، الأذنين، الأنف والفم
- تشعب الانبوب القصبي أصبح واضحاً
- صوت القلب مسموع بواسطة السماعة
- غشاء واق على الجلد يشبه الجبنة
- ظهور الشعر على الراس والوبر على الجسم
- الأم قد تشعر بحركة الطفل (التعجيل)



الاسبوع 26

- طول الجنين حوالي 14 إنش
- وزنه $1\frac{1}{2}$ رطل
- الجلد يبدو احمراً ومتجعداً
- الغشاء الواقي ما زال على الجلد
- الرموش محددة جيداً
- الحواجب محددة جيداً
- المنخزان يفتحان الآن



الاسبوع 32

- طول الجنين 16 إنش
- وزنه 4 ارطال
- نمو الأعضاء الداخلية بشكل كامل
- الجسم ممتلء
- الجفون تفتح الآن
- العظام متطورة تماماً ولكنها لينة ومطواعة

الاسبوع 38

- طول الجنين 19 إنش
- وزنه 6 ارطال
- الشعر على الراس يكون أطول واكثف
- اختفاء الوبر عن الجسم
- الأظافر تصل إلى رؤوس الأصابع
- تزول التجعدات عن الجلد الناعم
- العينان بلون الأردواز الذي يتغير بعد الولادة

الشكل (7)

مراحل نمو الطفل البشري

في الأسبوع الرابع عشر تبدأ مفاصل الطفل بالتحرك، وتبدأ أظافر اليدين والقدمين بالنمو. ويغطي الشعر الخفيف الذي يسمى الزغب سائر الجسم. وكذلك يكون الطفل مكسواً بمادة لزجة تدعى الطلاء والتي تحمي الجلد من محيط السائل السلوي. ويكون طول الجنين في هذه الفترة 16 سم ($6\frac{1}{4}$ إنش) ووزنه 35 غ ($1\frac{1}{4}$ أونصة).

من الشهر الخامس عشر إلى الثامن عشر ينمو الجنين بشكل سريع من حيث الطول والوزن. ويكون له شعر على الرأس، وبسبب النمو العضلي المتزايد يبدأ الجنين بأحداث حركات ناشطة تشعر بها الأم. ويكون هناك كمية كثيرة نسبياً من السائل السلوي الذي يسبح فيه الطفل. ويكون طول الجنين في هذه الفترة $25\frac{1}{2}$ سم (15 إنش) ووزنه يبدأ بالقفز إلى حوالي 340 غ (حوالي 12 أونصة).

وفي الأسبوع الثاني والعشرين بعد الإخصاب ويكون طول الطفل حوالي $35\frac{1}{2}$ سم (14 إنش) ووزنه حوالي 570 غ ($1\frac{1}{4}$ رطل).

في الأسبوع السادس والعشرين يكون رأس الطفل أكبر قليلاً نسبياً من حجم الجسم ويبدأ بأخذ مظهر الطفل البشري الطبيعي. في هذه الفترة يجب أن يكون طول الطفل 37 سم ($14\frac{1}{2}$ إنش) ووزنه حوالي 900 غ (حوالي الرطلين).

ومن الأسبوع السادس والعشرين يمكن اعتبار الجنين قابلاً للنمو ـ أو قادراً على الحياة باستقلالية في العالم الخارجي مع أنه يكون معتمداً بشكل عال على العناية ما بعد الولادة. وتكون الولادة من هذا الوقت فصاعداً ولادة مبكرة. قانونياً يجب أن يتم تسجيل الطفل وإذا مات يتطلب الدفن. إن العناية ما بعد الولادة تعطي احتمالاً للحياة في هذه المرحلة يصل إلى السبعين في المئة. ولكن هناك العديد من المخاطر طوال الأسابيع القليلة اللاحقة.

المرحلة الأخيرة من الحمل

في بداية هذه المرحلة يكون الطفل مكسواً بطلاء لزج وتكون الرئتين غير ناضجتين مما يسبب بالتأكيد المشكلة الأساسية لطبيب المواليد الجدد.

وفي الأسبوع الثلاثين بعد الإخصاب يكون الطفل قد تكون بشكل كامل. فالرأس متناسب مع الجسم ويكون للطفل فرصة جيدة في الحياة بعد الولادة، ويكون طول الطفل حوالي 40.5 سم (16 إنش) ووزنه 1.6 كلغ ($3\frac{1}{2}$ أرطال).

في الأسبوع السادس والثلاثين يعتبر الطفل كامل النضوج فأعضائه ليست فقط كاملة بل أنها تعمل بشكل طبيعي. ويمكن للطفل أن يعيش إذا ولد في هذه الفترة، أو إذا تم حثه على الخروج أو في حال أجريت عملية شق قيصرية للولادة، وليس من الضروري أن تكون هناك مشكلة بالرئتين لأنهما قد أصبحتا ناضجتين في هذا الوقت. ويكون طول الطفل حوالي 46 سم (18 إنش) ووزنه حوالي $2\frac{1}{2}$ كلغ ($5\frac{1}{2}$ أرطال).

في الأسبوع الثامن والثلاثين بعد الإخصاب (الفترة التقليدية لولادة الحمل الكامل هي أربعون أسبوعاً)، يكون الطفل جاهزاً للولادة. ويكون الشعر الخفيف على جسم الطفل الذي يسمى الزغب قد اختفى، ويكون للطفل الشعر الباكر على الرأس. وتكون عينا الطفل زرقاء (كل الأطفال تولد بعيون زرقاء مع أنه غالباً ما يتغير اللون بظرف أسابيع بعد الولادة). وتكون الأظافر نامية بشكل صحيح. ويكون حجم الطفل قد أكتسب الكثير من الشحم في الشهر الأخير مما يعطيه شكلاً لحيًا وسليمًا عند الولادة.

في فترة الحمل الكامل يكون طول الطفل 50 سم (حوالي 20 إنش) وزنه 3.5 كلغ كمعدل وسطي ($7\frac{1}{2}$ أرطال)، مع أن الأطفال تختلف بالطبع من حيث الطول والوزن.

هل هناك علاقة بين العقم والإسقاط؟

يتساءل العديد من النساء اللواتي لاحظن أنهن مررن بفترات من العقم ما إذا كن في خطر فوق العادة من الإسقاط. فهذا الأمر يكون مقلقاً أكثر للأزواج الذين يصارعون الآن مشاكل الإخصاب إذا تخيلوا أنهم سيواجهون مأساة الإسقاط لاحقاً. ولكن يجب ألا تغمضي عينيك عن حقيقة أساسية جداً وهي أن نفس السبب قد يكون مسؤولاً عن العقم والإسقاط معاً.

إن الأبحاث الطبية وبشكل متزايد صارت تنظر إلى العملية التناسلية كسلسلة متصلة: فمشاكل العقم الإسقاط، والولادات المبكرة تعتبر كحلقات في سلسلة واحدة.

لذا، فإذا كنت قد عولجت سابقاً بسبب مشاكل العقم، يجب أن تتم متابعتك عن كثب من قبل طبيبك في حال حصول الحمل، حيث يقوم الطبيب بالتحكم بمستوى هرمون HCG (موجه المنسل المشيمي عند الإنسان)، وكذلك مستوى البروجسترون عندك. وقد تتم معالجتك بواسطة تحاميل البروجسترون في الأسابيع الأولى من الحمل لأنه هناك احتمال أن يكون الجسم الأصفر الغير كفؤ هو السبب الجذري.

ولكن تذكري موضوعاً أثرته سابقاً وهو أن الاحصاءات عن معدل الإسقاط بين هذا المجموعات ذات المجازفة العالية، قد تبدو عالية بشكل مصطنع بسبب التدقيق العميق في هذه الحالات من الحمل. فإذا اسقطي بعد الحصول على فحص إيجابي باكر للحمل، تسجل هذه الخسارة، بينما قد يحدث أن امرأة أخرى قد لا تعلم إذا كانت حاملاً.

إن قصة غرايس وروبرت ـ التي أنتقيها مرة ثانية من تعليقاتها الأولية في الفصل الأول حيث يصفون التأثيرات الأجتماعية والعاطفية

للمعاناة من العقم، الإسقاط، وفي حالتهما، من التلقيح داخل الزجاج ـ يجب أن تعطي الأمل للأزواج الآخرين الذين يشعرون أن الأقدار مكدسة بشكل كثيف ضد حصولهم أبداً على طفل.

وقالت غرايس بشيء من الأرتياح في نهاية المقابلة، «كي يكون لك هذا البطن الكبير، بعد معاناتك أولاً من العقم والإسقاط، يجب فقط أن تتجاوزي قلقك، ولن يهزمك شيء!»

اختار روبرت وغرايس أن يلقيا دعماً من التلقيح داخل الزجاج، عندما كانا قد خسرا حملين من جراء البويضات الفاسدة وفشلا في الإخصاب ثانية. ومع أنهما كانا في أوائل الثلاثين من العمر، وهو عمر باكر للجوء إلى التلقيح داخل الزجاج، فقد كانا على وعي بضغط الزمن وسعياً وراء رغبتهما في أن يكون لهما طفل بعزم شديد. فالتلقيح داخل الأنبوب لم يعد يعتبر مخبرياً من قبل مجتمع الخصوبة الأميركي (AFS) أو الكلية الأميركية لطب الولادة والطب النسائي (ACOG). ولا يمكننا أن نقلل من قيمة المساعدة التي قدمها استعمال الأنبوب للعديد من الأزواج العقيمة في أميركا.

هناك إمرأة من بين كل ستة أميركيات في عمر الإنجاب يظن أنها عقيمة. وهذا يعني عشرة ملايين رجل وامرأة. وأن أعداد الأزواج العقيمة تزداد أيضاً. فهناك إمرأة عقيمة من بين كل أربع نساء ممن تجاوزت أعمارهن الخامسة والثلاثين. وما يزيد في القلق هو أن أحد عشر بالمئة من النساء بعمر أوائل العشرينات، الرقم الذي تضاعف ثلاث مرات في العشرين سنة الأخيرة، يواجه الآن مشكلة في الإخصاب. ويعد الزوجان عقيمان إذا كانا في سن العشرينات وحاولا الحمل لمدة سنة. أو كانا في سن الثلاثينات وحاولا الحمل بغير نجاح لمدة ستة إلى ثمانية أشهر. إذا تذكرتي

هذه الإحصاءات فلن تفاجئني بشعور اليأس المتزايد بسرعة عند غرايس وروبرت فيما يخص مشاكلهما.

«ماذا لو قمت بكل ذلك وبعدها أسقطت ثانية»؟

مثالياً، كنت دائماً أود لو يكون لي طفل عندما أصبح في سن الثانية والثلاثين. ولكن في سن أواخر العشرينات، كانت العديد من صديقاتي تحاولن الحمل وكن يواجهن المشاكل. قلت لروبرت أننا يمكن أن نواجه المشاكل بأنفسنا، وبقليل من الخجل في عيد ميلادي الثلاثين قررنا أن نحاول. بعد ستة أشهر، لم يكن هناك أي حمل. لم يحدث شيء. ولم يكن مجهوداً عرضياً حتى. فقد كنا نحاول حقاً!.

وهكذا في ذلك الوقت ذهبنا لمراجعة طبيب العقم. ولكن الأمر بدا أنه سيستغرق طويلاً. فقد حاول الطبيب تخصيبي بنطفة زوجي لفترة خمسة إلى ستة أشهر. ولكن ذلك لم ينجح. فقد كان انتظار لا متناهياً وخضعت أيضاً إلى عملية تنظير جوف البطن للتأكد من سلامة البوقين. وهكذا دواليك، فحص بعد الآخر.

أخيراً صرت حاملاً. ودام ذلك إلى الأسبوع الخامس، عندما أسقطت بشكل تلقائي. وعندما أتذكر الأمر أكاد لا أفكر أن ذلك كان حملاً. ولكننا لاحظنا الآن أنه علينا أن نعمل شيئاً أكثر جدية. فصرنا ننتقل من طبيب إلى آخر ونخضع لمزيد من الفحوص. ثم اعطاني أحد الأطباء عقاراً لتحسين المادة المخاطية في عنق الرحم ولكنني كنت شديدة الحساسية تجاه ذلك. وبعد أسبوعين صرت حاملاً بشكل تلقائي للغاية.

ولكن للأسف، في الأسبوع التاسع، رأينا في التصوير الفوق السمعي أن هناك كيس فارغ: فقد كانت بويضة فاسدة. وخضعت لعملية

تمديد وتجريف للرحم لإخراج الحمل. في تلك المرحلة لم نكن نركز كثيراً على الإسقاط بل على العقم. فقد كان مثيراً أن أصبح حاملاً.

في الشهر التالي أصبحت حاملاً ثانية. وكان السيناريو ذاته. نفس الحالة ثانية وبكل معنى الكلمة. ففي الأسبوع الثامن إلى التاسع رأينا كيساً فارغاً في الصورة الفوق السمعية. وكان ذلك إسقاطي الثاني.

عندها علمنا بوضوح أنه عندنا مشكلة في العقم و الإسقاط معاً. وقصدنا اختصاصياً آخر. أيضاً هذه المرة خضعنا لسلسلة من الفحوص لمعرفة أسباب الإسقاط. واظهرت الصورة الاشعاعية للرحم (صورة باشعة X) أنه ليس هناك أي مشكلة تركيبية في الرحم. واجريت لي أيضاً فحوصاً للغدة الدرقية، وللعدوى من عنق الرحم، وتم إرسالنا كذلك إلى مركز الدم لفحص المضادات الحيوية مما قد يدل على أي مشاكل في التجلط.

وقد أرسلت عينات من دمنا إلى مركز شهير للتمنيع في مستشفى جيفرسون في فيلا دلفيا، الذي هو تحت إشراف الطبيبة سوزان كاوتشوك، لمعرفة ما إذا كان هناك مضادات حيوية أخرى ترفض الحمل. وعلمت أنهم يجرون عمليتان للتمنيع في اليوم الواحد، لهذا السبب وحتى إذا كنا جديرين فقد يكون أنه علينا الانتظار لمدة أشهر. وأردت أن أقوم بخطوة إلى الإمام. وعندما علمنا أن مشكلة المناعة تبدو أنها مشكلتنا حاولنا أن نقرأ كل شيء ممكن عن الموضوع. وقد شعرنا بالخوف في البداية من التورط. وهكذا دققنا جيداً وقرأنا كل الإحصاءات والتقارير، وقررنا أن الأمر سيكون سليمًا طبياً من ناحيتي ومن ناحية الطفل. فأي مجازفة، حتى إذا لم نكتشفها بعد، جعلت الأمر يستحق المحاولة.

ذهبنا إلى فيلادلفيا وخضعنا لعملية التمنيع في شهر شباط. فقد تم حقن كمية متناهية الصغر من كريات الدم البيضاء عند زوجي (والتي

استخلصت من عينة للدم) في شريان في ذراعي ووضع ما تبقى من هذه الكمية الصغيرة على جلدي في أربع بقع. بصراحة كنت لا أزال قلقة من تأثير هذه العملية علي. بعد بضعة أسابيع كان علينا أن نرسل ثانية إلى فيلا دلفيا عينات من دمنا، لمعرفة ما إذا كانت العملية قد نجحت. بعدها طلب منا أن نحقق الحمل بغضون سنة. في ذلك الوقت شعرنا أنه لا توجد أي مشكلة تمنعنا من تحقيق الحمل. ولكن احزروا؟ لقد مضى ثمانية أشهر ولم يحصل شيء.

وبينما كنت أمر بفترة العقم هذه، أدرجنا أسمينا على لائحة لبرنامج التلقيح داخل الزجاج في عيادة في فرجينيا. كنت قد نسيت أن أنزع إسمي عندها، ولدهشتنا، علمنا أن دورنا قد جاء. كلانا كنا نفكر بشكل منطقي وكنا نجلس ونناقش كل شيء على الفور. وبغياب حدوث الحمل قررنا أن نمضي في عملية التلقيح داخل الزجاج.

ولكننا سألنا أنفسنا، ماذا لو جربنا هذه العملية، التي تكلف الكثير من المال، وتحمل مجاذفة متزايدة في الإسقاط، ماذا لو نجحنا في تلقيح البويضة داخل الزجاج، وبالتالي لم تنجح عملية التمنيع التي أصبح عمرها تسعة أشهر؟ ماذا لو قمت بكل ذلك وبعدها أسقطت ثانية؟

نصحنا الأطباء أن نجري الفحص مرة أخرى وبالنتيجة كان علينا أن نُمَنِّع كلياً. وذهبنا إلى فيلا دلفيا وبعد أسبوعين إلى فرجينيا لإجراء عملية التلقيح داخل الزجاج! فأنت تخسرين الوقت الكثير، والذي هو ثمين أيضاً، فقط للقيام بهذه الرحلات. هذا بدون ذكر التأثيرات العاطفية المحيطة.

من حسن حظنا أن عملية التلقيح داخل الزجاج نجحت من أول مرة. أولاً قام الأطباء بإثارتي بواسطة هرمون FSH (هرمون إثارة الجريب) للمساعدة في إطلاق أكثر من بويضة واحدة. أنتجت أربع بويضات انتقوا

منها ثلاث. بعدها أخذوا نطفة من زوجي ووضعوها مـع البويضات في صحاف بتري (petridishes). وتلقحت البويضات الثلاثة. وبعد يومين وفي مرحلة معينة من انقسام الخلايا، زرع الأطباء البويضات الملقحة في داخلي. وتمت العملية بدون أي مخدر وكأنها عملية فحص للمهبل. بعدها كان علي أن أتمدد على بطني لمدة أربـع ساعات. وكنت قد بدأت باستعمال البروجسترون لإثارة الدماغ على التفكير أن عملية إخصاب طبيعية قـد حصلت، لأنه في الواقـع لم تمر البويضة والنطفة عبر البوق.

إذا أمكن زرع بويضة واحدة ففرصة النجاح تكون بمعدل سبعة عشر بالمئة. مـع زرع بـويضتين تصبـح الفـرصة عشـرين بالمئـة ومـع ثلاث بويضات أو أكثر تصبـح النسبة ثلاثين بالمئة أو أكثر.

وهذه العملية لا تخلو من جزء مضحك وهو أنكم تصبحون أصدقاء جداً مـع الزوجين الذين يخضعا لنفس العملية في الوقت ذاته. فتنزلون في الأوتيل، تذهبون إلى الشاطىء وتحاولون التمتـع بالوقت. لكن الأزواج مثلاً يجب أن يتعلموا كيف يحقنون البروجسترون في مؤخرات زوجاتهم. فإلى حد الخمسة أسابيـع يجب أن يتم ذلك يومياً وبعدها إلى حد الأسبوع الثالث عشر مرة في الأسبوع، فالأمر موجـع جداً للمرأة. ولكن عليك أن تبتسمي وتتحملي. فإذا كنت ترغبين في الإنجاب لحد يدفعك إلى التلقيـح داخل الزجاج، سوف تتحملين ذلك. وعلى الأقل فإن زوجي طبيب أسنان ويعرف كيف يعطي الحقنة.

عدنا إلى البيت وكنت لا أزال تحت إشراف الطبيب المختص بالعقم. وكنت أذهب مرتين في الأسبوع إلى المختبر لفحص مستويات الهرمون. ولكن في الأسبوع السابـع إكتشفت بقعـاً للدم وبالتأكيد شعرت بالرعب. وطلب مني الطبيب أن أذهب إلى السرير وارتاح لمدة أسبوع. فقد ظن أنه

من المحتمل أن أكون قد خسرت أحد الإخصابات الثلاثة. وكان ظنه بمحله ففي الأسبوع الحادي عشر أجريت التصوير الفوق السمعي وامكننا رؤية أنه من الإخصابات الثلاثة هناك ثلاثة أكياس ولكن واحـد منهم هو حمل قـابل للنمـو. بعد هـذا النجاح تم تحـويلي إلى طبيب للولادة متخصص بالإسقاط طوال الفترة المتبقية من الحمل.

مـع أن كل شيء كان يبدو على ما يرام. كنت منهارة نفسياً. ولم يكن بإمكاني زيارة الطبيب بمفردي فقد كنت خائفة جداً. ولكن متى سمعنا نبض قلب الطفل في حوالي الشهر الثاني عشر شعرت بتحسن. وكذلك خضعت لفحص بزل السلى، ليس بسبب عمري بل لوجود مخاوف مترددة من أن مـع كل هذه الفحوص التي قمنا بها، هناك مشكلة ما ربما، ولكن نتيجة الفحص كانت طبيعية. لقد شعرنا بالنشوة. وبعد يوم أو يومين، بدأت أشعر بانقباض في البطن. تجاهلت الأمر في البداية ولكن بعدها بدأ ألم ظهري أيضاً. وبوقت قريب تضاعف بشكل حاد.

أسرعنا إلى الطبيب الذي إكتشف أنه هناك إصابة في القناة البولية. واعطاني الطبيب المضادات الحيوية للعدوى والريتودراين لوقف التقلصات. ومنذ ذلك الوقت طلب مني الطبيب أن أرتاح في السرير نصف نهار يومياً. فكنت أبقى في البيت واشاهد التلفزيون ـ ووجدت أن برنامـج «المستشفى العام» قد استحوذ اهتمامي! لم نواجه أية مشاكل إضافية في الحمل وقد تمت الولادة بعملية شق قيصرية لأن الطفل كان بوضعية القعود، أي يخرج بالمؤخرة أولاً. ولأن الأمر كان على كثير من المجازفة، وكان الطفل بوضعية القعود وكذلك كان أول حمل لي، طلب الطبيب إجراء عملية شق قيصرية ـ والتي ستكون أكثر أماناً للطفل. وولد ابننا بوزن خمسة أرطال ولكنه لم يكن ناقص النمو وليس عنده أي مشكلة. فقد كان صحيحاً، باكياً ويكفي أنه رائـع الجمال.

ولكن ما زال هناك الكثير مما نجهله. فزوجي لم يكن متأكداً أن عملية التمنيع هي التي قد نجحت أو أن هذه العلاجات مجتمعة هي التي أحدثت هذا الحمل الناجح. أما المتخصصين بالتلقيح داخل الزجاج فيقولون أن طريقتهم فيها نفس المجازفة بالإسقاط كما عند كل الناس، أي أنها طريقة لا تقل أماناً عن الإخصاب الطبيعي. فمتى تم التلقيح، تكمل الطبيعة عملها. هل كان من الممكن أن تجازف بحمل ذلك الإخصاب لولا عملية التمنيع؟ من يقدر أن يجيب؟

أما العلاقة المثيرة بين العقم، واسقاطاتي الأولى، التي كانت بويضات فاسدة، هي أن في تلك الحالات السابقة بدون عملية التمنيع، يمكن للمضادات الحيوية أن تكون قد هاجمت الإخصاب بوقت مبكر جداً، في مرحلة الخلايا الستة عشر. وتلك كانت تترك الحمل يستمر إلى أن تتشكل المشيمة ولكنها تكون قد قضت على الجنين. فالأمر بالتأكيد لا يعدو كونه فكرة، أن سبب الإسقاط ذاته يمكن أن يجعل إمرأة تبدو وكأنها عقيمة لأنها ترفض أنسجة الزوج حتى قبل معرفتها بأنها حامل.

وكما قلت، فقد أمعنا النظر في كلا الحالتين. فمن المفترض أن معدل نجاح عملية التمنيع كان ثمانين بالمئة أو أكثر، بالرغم من عدم وجود كمية كبيرة من المعطيات في حقل الأبحاث بعد. وقلت، كيف يمكن أن لا ننتهز الفرصة؟ فقد تنجح.

لقد كنا محظوظين جداً في أن كل المصاريف تمت تغطيتها من قبل شركة التأمين. وباستثناء زيارات الأطباء المنتظمة، كان المبلغ 30,000 دولار ــ يا له من ولد باهظ الثمن! ولكن في وقت من الأوقات كنا قد فكرنا في التبني. فقد اتصلت ببعض المحامين واجريت التقصيات الأولية. فالتبني الخاص، بما فيه المصاريف القانونية، كان سيكلفنا أكثر من

20,000 دولار. وكان علينا دفع ما يقارب إلى 15,000 دولار سلفاً! أما بهذه الطريقة، فقد غطت شركة التأمين كل التكاليف وحصلنا نحن على طفلنا الخاص.

لكن الحمل ومن نواح عديدة كان وزراً عاطفياً هائلاً. فقد شعرت بالاكتئاب وعدم الجدارة طوال معظم فترة الحمل. فلم أكن كأي حامل طبيعية تتباهى ببطنها. أعني أنك لا تتعاملين مع نفسك أبداً بثقة. في الأسبوع السادس عشر من الحمل قال الطبيب أنه يمكننا الاتصال الجنسي ثانية. ولكن مع المخاوف الكثيرة من المخاض المبكر، لم يكن الأمر يستأهل المجازفة. فقد كنت كثيرة الخوف.

بعد إسقاط واحد يقولون إن الأمر يمكن أن يحدث لأي إمرأة. وبعد إثنين يقولون بشكل مشجع، حسناً على الأقل يمكنك أن تحملي. ولكنك تعرفين أنه لا شيء يسير كما يجب. فمع كل هؤلاء النساء اللواتي يحاولن أن يحملن في عمر متأخر، يجب أن تكون نسبة الأشخاص الذين يفعلون ما فعلنا بازدياد مستمر.

هناك شيء واحد يجعلني أشعر بالذنب وهو أنه مع كل هذه المشاكل المحيطة، تكادين لا تركزين على الطفل. فقط تفكرين في اجتياز هذه المرحلة في الحياة: الفحوص والضغوط. وبعد ذلك كان ابننا رائعاً. وعندما يسألوني عن إنجاب طفل آخر، أقول، من يعلم؟ هل يمكننا أن نحتمل المرور بنفس العملية ثانية؟.

كما ترون، ما زلنا غير قادرين أن نشعر أننا زوجين طبيعيين. فهناك آثار جروح كثيرة. وكل ذلك الانتظار في عيادات الأطباء ونحن نتساءل عما سيحدث بقلق. وكان علينا التحديق بجداول الوقت، التنظيم وتنفيذ الخطط. فعلى سبيل المثال سيكون علينا الانتظار سنة على الأقل لإجراء

تلقيح آخر داخل الزجاج، ويجب أن ندون اسماءنا في حال حدث الحمل الطبيعي بظرف ستة أشهر. وبعدها، متى تسجلنا هناك، هل سيعين لنا موعد لإجراء عملية التمنيع ثانية؟

أعتقد أنه يجب أن تعطي أنفسنا الفرصة للتمتع بالولد أولاً. فيجب ألا يغيب عن بالنا أنه لدينا ولد رائع يجب أن نوليه كل اهتمامنا وطاقتنا. فالأمر ما زال يبدو لنا كمعجزة أن يكون لنا طفل ـ فنحن محظوظين جداً جداً.

الفصل الرابـع

هل هناك مشكلة في الرحم أو عنق الرحم؟

لقد ذكرت سابقاً الحقيقة أن عنق الرحم الغير كفؤ هو سبب شائـع جداً لإسقاطات المرحلة الـوسطى من الحمـل (التي تحدث أحيـاناً بـين الأسبوع الثالث عشر والرابـع والعشرين). في هذا الفصل أريد أن أركز على الأسباب المعروفة لنشوء عنق الرحم الغير كفؤ وما يمكن عمله في تلك الحالة.

في الفصل الثالث (صفحة 107)، شرحت تشريح المرأة وعملية نمو المضغة، مشيراً إلى الوقت المبكر جداً لتكوين الأعضاء التناسلية في المضغة، أصبـح من المعروف الآن أن الخلل الموروث (أي الشذوذ المولـود مـع الطفل) في الرحم يمكن أن يسبب إسقاطات المرحلة الوسطى من الحمل. وحتى أن بعض حالات الإسقاط في المرحلة الأخيرة من الحمـل تكون ناتجة عن السبب ذاته. لهذا السبب تكون إحدى أهم نقاط الاستقصاء عند أي طبيب هي التاريـخ الطبـي المتعلق بالرحم عند المرأة المعنية.

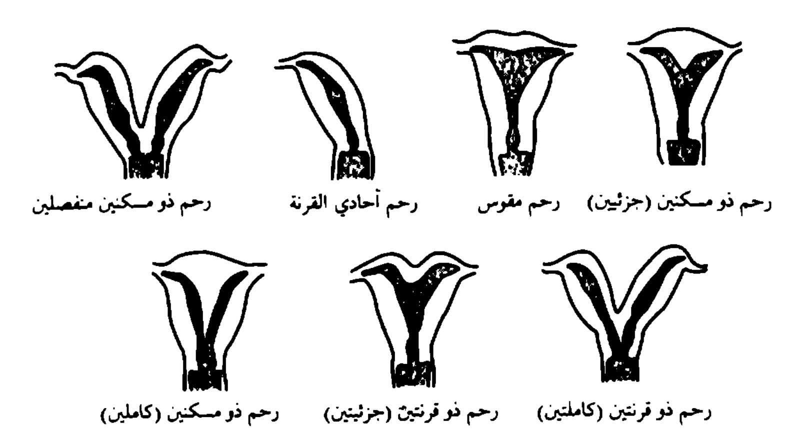
إن بوقي فالوب، الرحم والجزء الأعلى من المهبل تتكون كلها في الأسابيـع الخمسة إلى الستة الأولى بعد الإخصاب (وكذلك استعمل طريقة شديدة الدقة للتأريخ، انظر صفحة 113) من بنيتين تعرفان بقنوات مولر وقنوات وولـف. وتشكل قنوات مولر الأعضاء التناسلية، وقنوات وولف الكليتين والقناة البولية. وكلاهما ذات أهمية حيوية في نمو الرحم عند الأنثى.

وبين الأسبوع السادس والسابع بعد الإخصاب تبدأ هذه القنوات عملية تغيير، قد تنشأ خلالها المشاكل.

في الأسبوع التاسع تتقاطع قناتا مولر فوق قناتي وولف حيث يلتحمان في وسط الجسم ليشكلا فجوة صغيرة تصبح فيها بعد الرحم والمهبل. (في المضغة الذكر تكون هذه الفجوة قد زالت في الأسبوع العاشر). ولكن المهبل لا يفتح كقناة قبل الأسبوع العشرين إلى الثاني والعشرين. وقد تحدث المشاكل في أي مرحلة من هذا المسار الطبيعي للالتحام.

فالوراثة قد تلعب دوراً في التشوه أو قد يكون المسؤول عنه هو العقاقير مثل DES التي تناولتها أمك. فعقار DES لا يلحق الضرر بالمهبل في العديد من الأجنة الأنثى ولكنه يقود إلى نوع خاص من التشوه في الرحم يقال له الرحم على شكل T.

هذه الاختلافات الأساسية في شكل الرحم مبينة في (الشكل 8).



الشكل (8)

هذه نماذج من التشوه الذي قد يحدث في الرحم. في وسط الصف الأسفل يوجد التشوه الأكثر شيوعاً.

أما التشخيص الأكثر شيوعاً، في حوالي الخمسين بالمئة من الحالات، هو للرحم ذي القرنين أو للرحم ذي المسكنين حيث يمتد طوق نزولاً عند وسط الرحم باتجاه عنق الرحم. وفي حالة الرحم ذي المسكنين المنفصلين، هناك قرنتان منفصلتان من الرحم وهناك كذلك عنقان منفصلان.

وبعض هذه الحالات الشائعة من التشوه قد يكون ناتجاً عن عدم نمو قنوات مولر مما يقود إلى غياب نصف الرحم. أو أن القنوات قد اخفقت في الالتحام تاركة التركيب الرحمي بدون الجوف الصحيـح.

هذه التشوهات في الرحم هي أكثر شيوعاً مما كان يعتقد الأطباء. فقد أظهرت الدراسات التي جرت على النساء العقيمات تشوها وراثياً في الرحم تراوحت نسبته بين الواحد والعشرة بالمئة من السكان. ولكن في دراسة ظهرت حديثاً على النساء المعقمة من خلال عنق الرحم، تبين أن نسبة التشوه الوراثي كانت 1.9 بالمئة وربما انطبق هذا الرقم الأخير على كل السكان. في أن هذه المجموعة (النساء المعقمات) لم يكن لديها أي مشاكل من حيث الإخصاب. مـع ذلك فإن احصاء حوالي الأثنين بالمئة يظل نسبة عالية جداً.

كيف يتم اكتشاف هذه الحالات الشاذة؟

إذا اعتقد طبيبك أن تاريخك يدل على تشوهات بنيوية ــ والتي تشمل طبعاً حالات الإسقاط المتكررة والغير واضحة في المـرحلة الوسـطى من الحمل ــ يمكن عندها إجراء العملية المعروفة بتصويـر الرحم (HSG). فتحقن صبغة ظليلة للإشعة داخل الرحم لمـلء قناة عنق الرحم، الرحم والبوقين.

هذه العملية الشعاعية (بواسطة أشعة X) تسمـح لمصور الأشعة أن

يرى مجرى الصبغة بوضوح عندما تحقن. مما يعطي الأشكال الصحيحة لعنق الرحم، جوف الرحم والبوقين. ولسوء الحظ يمكن أن تكون هذه العملية مزعجة جداً. وتقود إلى انقباضات معتدلة أو حادة في بعض الحالات. فسوف ينصحك الطبيب باللجوء إلى مصور الإشعة الماهر والمتعاطف. ومع أن هذه العملية عادةً ما تتم بدون مخدر عام إلا أن مخدراً موضعياً يمكن أن يحقن في عنق الرحم. وقد يعطيك الطبيب أيضاً المضادات الحيوية قبل وبعد هذه العملية لتجنب خطر العدوى من الصبغة المحقونة وعليك أن تنظمي موعد العملية تماماً بعد الدورة الشهرية للتأكد من أنك لست حاملاً خلال التعرض لإشعة X.

وتشمل المصطلحات التي قد تسمعينها في مسار هذه الاستقصاءات **التنظير دخل جوف البطن** (Laparoscopy)، وهي طريقة لمعاينة الرحم والبوقين بواسطة النظر في جهاز (منظار جوف البطن) يدخل من خلال السرة (زر البطن) وقبل إدخال هذا المنظار تملأ معدتك بثلاث ليترات من غاز ثاني أوكسيد الكاربون. ويستعمل منظار جوف البطن للفحص البصري المباشر الذي يدعم التشخيص. ولإجراء ذلك تأتين إلى المستشفى ليوم واحد لأن هذه العملية تتطلب التخدير العام.

في عملية التنظير داخل جوف البطن يمكن رؤية الرحم المزدوج أو الرحم المنقسم جزئياً. ويمكن للطبيب أن يرى أيضاً ما إذا كان البوقان مقيدين بالالتصاقات أو إذا كان هنالك انتباذ بطاني رحمي في الحوض. ويتم حقن الصبغة لرؤية ما إذا كانت ستنقسم فوراً عبر البوقين. وكذلك يتم فحص الزائدة الدودية لرؤية ما إذا كانت سليمة. بعد هذه العملية ستجدين عندك بعض الدرزات في السرة وربما درزة في منطقة شعر العانة حيث يكون قد وضع مسبر ما. ولا حاجة لإزالة الدرزات لأنها تزول من تلقاء ذاتها.

وكذلك هناك تنظير جوف الرحم، وهي تقنية حديثة نسبياً، وتسمح بالفحص البصري ولكن هذه المرة في داخل الرحم. ويتم الدخول من الأسفل عبر المهبل وعنق الرحم، باستعمال منظار خاص يعمل بواسطة الألياف الضوئية. ولإجراء هذه العملية تتم عملية تمديد عنق الرحم باستعمال مخدر لعنق الرحم أو مخدر عام، وتتم معاينة كل جدران الرحم للبحث عن الخلل كالأطوق المدروثة أو الالتصاقات. ويمكن معالجة هذه الأنواع من الخلل بالوقت ذاته من خلال منظار جوف الرحم، وبالتالي نجعل هذا الفحص مفيداً للغاية.

وفي هذا الوقت يمكن لطبيبك أن يثبت تشخيصه ويحدد أي خلل. هذه الأنواع من الفحوص كانت تجرى للنساء اللواتي يشكين من مشاكل العقم. أما الآن، أكثر وأكثر، يتم استعمالها مع النساء المسقطات. وهذه العملية التي تصحح التشوه الرحمي من داخل الرحم بمساعدة منظار جوف الرحم قد تجنبنا الحاجة إلى عملية شق البطن لتصحيح شكل الرحم. وكما في أي نوع من جراحة البطن، فالأمر لا يعني فقط استعمال المخدر العام والانتظار الطويل للشفاء، بل هناك أيضاً عملية لفتح الرحم والتي قد تقود إلى المشاكل في الحمل المستقبلي.

وبعد الجراحة التصحيحية للرحم، يكون معدل نجاح الولادة السليمة ثمانين بالمئة. ولكن دائماً يجب أن نقيس حسنات تقنيات الجراحة في مقابل المخاطر الممكنة. فالجراحة قد تسبب الندوب في الرحم مما يؤثر في الخصوبة عندك. وحيث لا يكون هناك حاجة لتصحيح التشوه الموروث في الرحم بواسطة الجراحة، تتراوح المعالجة بين عدم فعل أي شيء وبين وضع درزة حول عنق الرحم عندما تصبحين حاملاً لمرة ثانية. (أنظر المعلومات المفصلة عن هذه الطريقة في العلاج ص 153).

ويتم الآن استعمال التصوير الفوق السمعي كذلك لتشخيص التشوه في تركيب الرحم. وحسنة التصوير الفوق السمعي هي أنه آمن وغير مؤلم. ولكنه يتطلب مصوراً خبيراً لتفسير ما يظهر على الشاشة. وحتى يتم اكتساب المزيد من الخبرة، يستعمل التصوير الفوق السمعي بشكل أساسي كتصوير عادي قبل إجراء عملية تصوير الرحم بأشعة X.

وهناك فحص بسيط، وغالباً ما يتم في عيادة الطبيب لمعرفة ما إذا كان عنق الرحم عندك غير كفؤ (ضعيف) وبحاجة للدرزة، يقوم على إدخال أدوات توسيع معدنية (هيغار قياس 6) بلطف داخل عنق الرحم. فإذا دخلت بسهولة، معنى ذلك أنه لديك عنق رحم غير كفؤ.

أشكال أخرى من التشوه الرحمي التي قد تسبب الإسقاط

إن وسائل الفحص البصرية ـ تنظير جوف الرحم، تصوير الرحم بإشعة X والتصوير الفوق السمعي ـ قد تدل أيضاً على وجود التصاقات في جوف الرحم تعرف طبياً بمجموعة عوارض آشرمان إذا كانت متعددة. ويمكن أن يكون وصف هذه الالتصاقات صعب للمريضات اللواتي لا يمكنهن معاينة هكذا مشكلة. بشكل أساسي يكون هناك قطع نسيجية ناتجة عن الندوب أو أطواف تتقاطع على بطانة الرحم بشكل يشبه نسج العنكبوت من جدار إلى آخر. فمنذ زمن بعيد تم تحديد هذه الأشياء بأنها سبب للعقم. بالحقيقة، هذه الالتصاقات موجودة عند ثماني وستين بالمئة من النساء اللواتي يشكين من مشاكل العقم واللواتي قد خضعن لعمليتين أو أكثر لتمديد وتجريف الرحم. ونعلم الآن أن هذه الالتصاقات قد تلعب دوراً أيضاً فيما يخص الإسقاط.

لقد ورد ذكر مجموعة عوارض آشرمان في أواخر القرن التاسع عشر. وفي الحالات المتطرفة يكون جوف الرحم كله مطموساً وقد يتوقف

الطمث. وعند نساء أخرى تكون الندوب دلالة على عدم كفاءة سطح بطانة الرحم لنمو الجنين بشكل سليم.

وتأتي هذه الندوب إما من العدوى في داخل الرحم من جراء عملية تمديد وتجريف الرحم (كما تدعو الحاجة بعد الإجهاض الفائت)، أو من الإجهاضات المتعمدة (انهاء الحمل). وتحدث هذه الندوب عند خمسة عشر بالمئة من النساء اللواتي يخضعن لعملية تمديد وتجريف الرحم بعد الحمل. ولكنها نادرة عند النساء اللواتي يخضعن للعملية ذاتها والتي تكون غير مرتبطة بحالة الحمل.

في حال تم التشخيص بواسطة تصوير إشعة X، يمكن لهذه الندوب أن تزال عن طريق توسيع عنق الرحم تحت المخدر العام وقطع الالتصاقات. ويتم ذلك باستعمال منظار جوف الرحم الذي يسمح برؤية كل التصاق قبل قطعه. بعد ذلك توضع أداة داخل الرحم (IUD). ويعطي للمريضة هرمون الأستروجين الذي يمنع الالتصاقات من إعادة التشكل لمدة ثلاثة أشهر. بعد ذلك الوقت، تزال الأداة من داخل الرحم وتنصح المريضة بمحاولة الحمل بأسرع ما يمكن.

أما الأورام الليفية (أو الألياف العضلية) فهي أورام غير خبيثة للعضلات والأنسجة الليفية في جدار الرحم. ويمكن أن تكون موجودة في مواقع مختلفة من جدار الرحم: أما في الجزء الأوسط السميك من الجدار حيث تدعى أورام داخل الجدار، على سطح الرحم، حيث تدعى أورام ما دون المصل، وفي هذا الموقع يمكن أن تكون على شكل شرائط طويلة وتبدو كأنها منفصلة عن الرحم، أو قد تكون في عمق جدار الرحم وتكون بارزة داخل جوف الرحم حيث تدعى أورام ما دون المخاط.

وحوالي الأربعين بالمئة من النساء بسن الأربعين، لديها أورام ليفية.

إنما تذكري أن هذه الأورام غير خطرة وبشكل عام لا تتطلب أي علاج أبداً إلا إذا نمت بشكـل كبير وبـوقت قليل، أو إذا تسببت بـالنـزيف الحـاد أو الضغط في الحوض. وكذلك فإن دور هذه الأورام في تسبيب الإسقاط قد بولـغ فيه. وهي في الواقـع سبب غير اعتيادي للإسقاط. فحتى خلال الحمل المستمر نادراً ما تشكل أي مشكلة، باستثناء بعض الألم إذا تفاقمت حالتها. فقد تسبب المخاض المبكر إذا حصل أن المشيمة قد انزرعت فوق إحدى هذه الأورام. بشكل عام، إن الأورام الليفية وبالتأكيد الصغيرة منها لا يجب أن تزال بعملية جراحية بهدف منـع الإسقـاط. فمن الأفضل أن نترك هذه الأورام على حدة.

وهكذا فإن تشوهات الرحم قد تكون مسؤولة عن مجموعة واسعة من الأمراض الموروثة، من العقم، إلى الإسقاط، إلى المخاض المبكر أو إلى النزيف الحاد بعد الولادة. أو أنها قد لا تسبب أي من هذه.

كم هو شائـع أن تكون تشوهات الرحم سبباً في الإسقاط؟

في النصوص الطبية للعقد الفائت أظهرت الأبحاث أن تشوهات الرحم مسؤولة عن حوالي أثني عشر بالمئة من حالات الإسقـاط المتكرر خاصة تلك التي تحدث بين الأسبـوع الثاني عشر والـرابـع والعشرين. وكذلك فإن بعض النساء اللواتي عندهن عنق رحم غير كفؤ قد يكون عندهن أيضاً تشوهات في الرحم. ولكن، وبشكل يثير الدهشة، فإن نسبة هذه النساء هي غير عالية، إذا أخذنا بعين الاعتبار درجة بعض هـذه التشوهات. وإذا نظرنا إلى هذه النسبة من زاوية أخرى، نجد أن غالبية النساء اللواتي لديهن تشويهات في الرحم، لا تكون عندهن أي مشكلة تنـاسلية. فيجب ألا تقلقي إذا بـاكتشاف التشـويه، قـرر طبيبك عـدم استعمال العلاجات العنيفة كالجراحة التصحيحية. وقد تكون أفضل وسيلة

أن يعاملك الطبيب بشكل متفائل وأن يعالج عنق الرحم الغير كفؤ بما يناسب في حملك القادم.

القصة التالية، قصة آنيت، تتضمن حالة من الرحم ذي المسكنين. وجاءت المشاكل من هذا السبب للإسقاط بعد طول خمس سنوات اليمة من العقم. ولكن في النهاية، بعد الكثير من الألم وتحليل الذات، هناك نهاية سعيدة لأنيت وزوجها الذين عندهما الآن ابنتان صغيرتان وسعيدتان.

«كنت أبكي كل يوم. وكنت أكيدة أنني سأخسر الطفل»

لقد استغرقني الأمر خمس سنوات لاحقق الحمل ابتداءً من سن الثامنة والعشرين فبعد كل هذه السنين من عدم القدرة على الإخصاب ساعدنا طبيب متخصص بالعقم. وجربنا عقارين للعقم، كلوميد وبرغونال. بعد ذلك وجد الطبيب أن أحد البوقين كان مسدوداً، فخضعت لجراحة تصحيحية. ومع ذلك لم أحمل. بعدها خضعنا أنا وزوجي لفحوص للمضادات الحيوية للنطفة، وكانت النتيجة عند زوجي إيجابية. لذلك بدأ الطبيب بإعطائه الكورتيزون لخفض معدل المضادات الحيوية. وأظهر الفحص الذي خضعت له بعد عملية الجماع أن الكورتيزون أخذ مفعوله. وبعد أربعة أشهر تم الإخصاب. عندها شعرنا بالنشوة ولأني صرت حاملاً الآن تخيلت أن كل مشاكلي قد انتهت. وشعرت بإثارة كبيرة.

بعد ثمانية أسابيع أجرينا التصوير الفوق السمعي لرؤية مسار تطور الحمل. وكان الطبيب يتحقق من مستويات الهرمون عندي مرتين بالأسبوع عن طريق فحوص الدم، وعلمت أن هذه المستويات كانت جيدة. ولكني أصبت بصدمة مدمرة عندما وجدت أن التصوير الفوق السمعي لا يظهر جنيناً. فقد كانت بويضة فاسدة، كيس فارغ. وهذا ما حطم قلبي في

الحقيقة وكان علي أن أبقى في عيـادة الطبيب لإجراء عملية تمديد وتجريف الرحم.

وبعد سبعة إلى ثمانية أشهر أخرى تم الإخصاب ثانية. هذه المرة بدأت استعمل تحاميل البـروجسترون، ممـا جعل أملنـا أكبر. ولكن في الأسبوع الثامن وجدنا من خلال التصوير الفوق السمعي أنه هناك بويضة فاسدة أخـرى، كيس فارغ آخـر. في هذا الـوقت ذهبنا لـرؤية طبيب متخصص آخر. وشجعني هذا الطبيب على محاولة الحمل ثانية. وهكذا، وبسبب مشـاكلنـا السـابقـة في تحقيق الحمـل، عـاود زوجي استعمـال الكورتيزون. وابتدأت أنا أيضاً بأخذ دوش مركز من المياه الغازية قبـل الجماع. فهذا يبقي حموضة المهبل على المستوى الذي يجعل النطفة ناشطة جداً. وقد نجحنا باستعمال هذه الأشياء، وتم الإخصاب بظرف ثلاثة أشهر على الأقل كان هناك شيء يتحقق.

هذه المرة بدأت باستعمال تحاميل البروجسترون عبر المهبل من اللحظة الذي تمت فيها الإباضة. وعندما انقطعت الدورة الشهرية أجريت فحصاً للحمل ولم أكن أعلم ما إذا كان الوقت قد استحق لأصبـح حاملاً لأن البروجسترون قد يؤخر الدورة. أتذكر أنه في اليوم التالي كنا ذاهبين إلى فلوريدا عندما علمت إنني حامل!

استمريت في استعمال تحاميل البروجسترون، التي ازدادت إلى ثلاث فـي اليوم. ونصحني الطبيب أن أرتاح لمدة ثمانية أسابيـع. فتوقفت عن وظيفة التعليم ذلك الوقت وكنت عصبية جداً جداً. فقد كنت أحافظ على الهدوء في فترات الحمل والإسقاط إلى ذلك الوقت. ولكن الأمر هو أنك لا تقدرين التوقف عن العمل بسبب الخوف من الإسقاط، وبدون أعلام أحد. وماذا لو لم يحصل الإسقـاط وكان علي العودة ومواجهة الجميـع؟

ووصلنا إلى مرحلة التصوير الفوق السمعي في الأسبوع الثامن وكان هناك قلب نابض هذه المرة! وبعد المرحلة الأولى من الحمل عدت إلى التعليم. وكنت آخذ البروجسترون حتى الأسبوع الثاني عشر أي عند تولي المشيمة إنتاج البروجسترون وقد توقفت عن تناول تحاميل البروجسترون. وأجريت فحص بزل السلى في الأسبوع السادس عشر وأظهرت النتائج أن لدي حمل طبيعي.

ولكن عند حوالي الشهر الخامس، الأسبوع الثاني والعشرين، ابتدأ المخاض المبكر. فقد شعرت بأن الرحم يتقلص وأدخلت فوراً إلى المستشفى. وفي غرفة المخاض تم وصلي بمرقاب يسجل هذه التقلصات. وبقيت في المستشفى لمدة ثلاثة إسابيع ونصف للسيطرة على المخاض المبكر.

في ذلك الوقت ظن الطبيب أنه عندي رحم ذو مسكنين ــ ومعنى ذلك أنه مشوه بشكل يقلل من حجم الجوف، وبنمو الحمل لا يمكن لهذا الرحم أن يتمدد بشكل كاف ليتسع للطفل النامي. فهذا هو السبب في عدم تمكني من حمل الجنين. وقد اعطوني جرعات عالية من الريتودراين لوقف التقلصات. ووجد الطبيب كذلك أنه لدي عدوى في القناة البولية. واعطاني لهذا السبب المضادات الحيوية في الوريد. وكانت فترة هذه الأسابيع الثلاثة والنصف إصعب ما مررت به على الاطلاق.

كنت أبكي كل يوم. وكنت أكيدة أنني سأخسر الطفل. وعندما توقفت التقلصات تم نقلي من دور المخاض إلى قسم الولادة. واخذني مرشد اجتماعي، يعمل على مساعدة الأزواج الذين يعد حملهم مجازفة، إلى قسم العناية الفائقة بالأطفال المبكرين، حيث يمكنني رؤية ماذا يحدث هناك في حال حصل ذلك لطفلي.

لقد عشت مع الخوف من فقدان الطفل لحظة بلحظة من كل يوم. فبعد سبع سنوات من المحاولة احسست بالجنون. وكان الطفل يتحرك في داخلي وصليت من أجل حياته إذا ما جاءني المخاض، مع علمي أن الأطباء يمكنهم أن يفعلون الكثير مع الأطفال المبكرين.

لا شك في أن الأمر كان صعباً، لأن طبيبي أصبح قاسياً علي. فقد كنت انتحب وابكي كثيراً، مما دعاه إلى دخول الغرفة والصراخ في وجهي. واخبرني أنه هناك أشخاص مصابون بالسرطان ويقاومون بشكل أفضل مما عليه. أما أنا فغضبت وفكرت أن سلوكه هذا هو غير لائق وعديم الاحساس. ومنذ ذلك الحين كنا نناقش الأمر، وشرح لي الطبيب أنه أحياناً، وعند التعامل مع حالات الحمل العالي المجازفة، يجب على الطبيب أن يتخذ ذلك الموقف. فالتخبط في الأشفاق على الذات قد يجعل الأمور في حال أسوء. لا أعلم، ولا يمكنني القول إن تلك كانت أفضل طريقة للتعامل معي.

بشكل أساسي أنا إمرأة متفائلة وسعيدة، ولكن بعد سبع سنوات كان الأمر مهمًا جداً عندي. فحتى أصدقائي لم يقدروا أن يفهموا لماذا استمريت في المحاولة. فقد شعروا أنه علينا أن نتبنى طفلاً. وفي تلك الأثناء أصبحت منعزلة عن عدة أصدقاء. وكرهت الآخرين الذين ينعمون بالأطفال، وكان لبعض صديقاتي طفلان أو ثلاثة قبل أن تم لي تحقيق أول حمل.

في بعض الأحيان، كان يبدو لي أن صديقاتي لا يمكنهن التحدث إلا عن أطفالهن. وقد أدى ذلك إلى مروري بأوقات عصيبة. وشعرت حقيقة أنه هناك فراغ ما في حياتي، كان يلازمني كل الوقت. فقد بدا الأمر أننا سنذهب إلى الأطباء إلى ما لا نهاية. ناقشنا أنا وزوجي أيضاً فكرة التلقيح داخل الزجاج فقد كنت على استعداد لفعل أي شيء وكل شيء.

ولكن بعد فترة الثلاثة أسابيع والنصف في المستشفى، غادرت إلى البيت ــ إلى الراحة السريرية الكاملة. ففي الشهر السادس إلى الشهر الثامن بقيت في السرير. وكنت لا أزال أتناول أقراص الريتودراين عبر الفم، وكنت أذهب لمراجعة الطبيب مرة في الأسبوع. لكن غير ذلك، كنت أترك السرير فقط للذهاب إلى المرحاض وربما للجلوس إلى المائدة وقت الغداء. وامضيت كل فصل الصيف في السرير! وهذا النوع من الراحة السريرية هو كل شيء يمكنك تخيله. صعب جداً جداً. فالأيام تمر ببطء شديد.

وقد قرأت بين شهر حزيران وشهر آب إثنين وخمسين كتاباً. كلهم على لائحة الكتب الأكثر رواجاً، وقرأت المجلات من الغلاف إلى الغلاف. وامضيت الكثير من الوقت أيضاً أتكلم على الهاتف. ماذا أيضاً يمكنني أن أفعل. وكان الأمر شاقاً على زوجي كذلك. فكان يحضر لي الفطور والعشاء إلى السرير. وكان لنا أصدقاء رائعين يأتون لزيارتنا، ومعهم طعام العشاء، ثم نأكل معاً على السرير. لكن الجزء الأصعب من هذا كله كان عدم معرفتنا ما إذا كان الطفل سيحيا أم لا. فقد كان وقتاً طويلاً من الانتظار.

ومع مرور الوقت بدأت أشعر بالاسترخاء. وفي الشهر الثامن جعلت نفسي أفكر أن الطفل سيحيا على الأرجح إذا ولد الآن. وسمح لي الطبيب في شهري التاسع أن أنهض من السرير واتمشى في الغرفة. ووصل الحمل إلى الأسبوع الثامن والثلاثين، أي قبل أسبوعين من موعدي المستحق، عندها بدأ المخاض. وقد أعلمني الطبيب أن لا أتوقع بالضرورة ولادة عبر المهبل، وبالفعل فقد أجرى لي عملية شق قيصرية. ولكني شعرت بتحسن فوراً بعد ذلك. ففي اليوم التالي كنت أقوم وامشي. وكنت جاهزة بكل معنى الكلمة على للذهاب إلى البيت والاعتناء بطفلي.

ومـع طفلي الثاني حصلت لي مشاكل مشابهة ولكن بدون الكثير من الـرعب لأننا كنـا نعلمَ أننا سنجتـاز ذلـك. ولم يكن هنـاك مشكلة في الإخصاب ـ فبين الطفل الأول والثاني تسعة عشر شهراً. فقد عرفنا أن المشكلة هي في الرحم. وكما في المرة الأولى كنت أتناول البروجسترون بعد الإباضة، قبل النتيجة الإيجابية لفحص الحمل. ومن ناحية نفسية كان الأمر أسهل بكثير لأني صرت أكيدة من قدرتي على الحمل إلى المدة الكاملة وانجاب طفل سليم.

واستخـدمنا خـادمة مقيمـة حتى يتسنى لي المحافـظة على الـراحة السريرية. وشعرت أنني واثقة من نفسي أكثر ولم احتـج إلى راحة سريرية كاملة. وكنت أحاول أن اقضي نصف النهار جلوساً. وعدت أيضاً إلى استعمال الريتودراين ولكن بجرعات أقل، مـع أني حتى الشهر الثامن كنت لا أزال قلقة من المخاض المبكر مرة ثانية أجريت لي عملية شق قيصرية. وقد أصبـح عندي الآن ابنتان جميلتان.

لقد كانت نهاية سعيدة ولكني لن أمر بذلك ثانية! كنت دائمًا أريد طفلين وكان حملي شاق، مكلف وأليم جداً بحيث لا يمكنني وضـع نفسي، زوجي وأولادي في هذه التجربة مرة أخرى. إذا نظرت إلى الوراء أرى أن كل هذه الخبرة على مدى السبعة سنـين قد غيـرتني كثيراً. حتى ذلـك الوقت، كنت أشعر أنني سأحقق أهدافي في الحياة إذا عملت بجد. ولكن الأمر كان خارج سيطرتي. فأنا من نوع النساء اللواتي يمارسن الرياضة، يأكلن جيداً ويعتنين جداً بأنفسهن. زوجي يعمل محامياً ويشتغل بنشاط وجد. ولكننا لم نكن قادرين على التعامل مـع ذلك الأمر بالسهولة التي نتعامل بها مـع المشاكل الأخرى. فقد شعرت بعدم الجدارة خلال هذه السنين الطويلة. ونجحنا في اجتياز ذلك بمساعدة الأطباء وبالعناية الخاصة من الكثير من الأشخاص . أما أنا فقد نضجت كثيراً.

ما هو سبب عنق الرحم الغير كفؤ؟

إن خسارة الطفل في المرحلة الوسطى من الحمل يمكن أن يكون اختباراً مدمراً، كما قرأنا في قصة باولا في الفصل الأول واحدى الحقائق الأليمة بخاصة عن عدم كفاءة عنق الرحم هو أن هذه النساء كنّ يخسرن الحمل بشكل منتظم وفي أغلب الأحيان في الأسبوع ذاته من فترة الحمل. فالأمر هو أن أي إسقاط لا يكون اختباراً معذباً فقط، بل أنك أيضاً تجدين نفسك تعاودين خسارة الأطفال الأصحاء والطبيعيين ـ والذين يبدون كأطفال مصغرة لو قدر لك رؤيتهم ـ عند ذلك يقود هذا الاختبار المرأة وزوجها بشكل بين إلى اليأس لاحقاً في هذا الفصل، ستقرأ قصة لورا، التي اجتازت تماماً هذا النوع من الاختبار. وهذه لسوء الحظ مشكلة شائعة جداً. ولكن بفضل التقنيات الحديثة يمكننا الآن أن نقدم أملاً أكبر في المعالجة الناحجة.

إن النسبة الفعلية لمشكلة عنق الرحم الغير كفؤ هي غير معروفة، ويظن أنها حوالي الواحد إلى الإثنين بالمئة من الولادات الطبيعية. وتم تقدير أن عنق الرحم الغير كفؤ هو سبب حوالي خمس الإسقاطات المتأخرة (أي التي تحدث بعد الأسبوع الثاني عشر).

ومن ناحية تقنية يصنف عنق الرحم أنه غير كفؤ إذا أخفق في المحافظة على الحمل داخل الرحم إلى المدة الكاملة. فهذا العنق يبدأ بالتمدد باكراً وبسهولة، وتندفع الأغشية السلوية، وهكذا بعد تمزق شديد في الأغشية أو خسارة الدم تدخلين في مخاض مبكر سريع وقصير. بعد ذلك يولد الطفل في مرحلة باكرة جداً لا تخوله العيش المستقل. وقد فهم الأطباء بشكل كامل ما يحدث لعنق الرحم من فترة قصيرة فقط. ومع أن عملية وضع الدرزة لإبقاء العنق مقفلاً كانت قيد الاستعمال منذ سنة

1951، فقد أصبح للأطباء الآن كفاءة أكبر في تشخيص ومعالجة هذه الحالة بنجاح.

من ناحية طبيعية يعمل عنق الرحم كسدادة تمسك الحمل في موضعه. ويتألف هذا العنق بشكل أساسي من مادة الكلاجين أو أنسجة رابطة، فيها عشرة بالمئة فقط من العضل. عندما تكونين غير حامل يكون عنق الرحم جامداً متليفاً وقاسياً. ولكنه يلين أثناء الحمل، ويعرف هذا الشيء بعملية «النضوج» التي قد يكون سببها نشاط هرمونات الحمل. أما إذا نضج عنق الرحم باكراً جداً يمكن للحمل أن يخرج من خلال عنق الرحم الضعيف من حوالي الأسبوع الرابع عشر إلى الأسبوع العشرين.

وفي أغلب الأحيان يكون عنق الرحم قد تأثر قبل الحمل من جراء عملية جارحة، كتمديد وتجريف الرحم أو القرار المتعمد في إيقاف الحمل (أو الإجهاض). وحتى مؤخراً لم يلاحظ أحد درجة الحذر الشديد التي يجب معالجة عنق الرحم بها. فمثلاً، هناك طريقة لعلاج الدورات الشهرية الأليمة تقوم على تمديد أو توسيع عنق الرحم بشكل زائد بما يمزق عادة ألياف العضل ويقود إلى عدم الكفاءة. هذه المعالجة الآن هي غير ضرورية بسبب توفر الأدوية الفعالة. ومع تزايد معرفتنا الطبية، لم يعد هناك سبب في أن ينتج عنق الرحم الغير كفؤ عن عمليات الإجهاض المحرض.

أما إذا دعت الحاجة إلى الإجهاض بعد الأسبوع العاشر إلى الحادي عشر حيث يكون من الواجب فتح عنق الرحم، أو تمديده بشكل مفرط، فليس من الضروري أن يستعمل طبيبك أدوات التوسيع المعدنية التي قد تمزق وتلحق الأذى بعنق الرحم. عوضاً عن ذلك يمكن تنضيج العنق أو تليينه بواسطة عيدان الطحلب البحري، التي تدخل في العنق قبل ليلة

من العملية. وبهذه الطريقة يمكن القضاء على مخاطر الجروح الميكانيكية والأذى اللاحقين بعنق الرحم.

ولسوء الحظ، قد يصيب الأذى عنق الرحم خلال الولادة، فإما يحدث تمزيق من جراء مرور الطفل خلال الولادة أو من جراء استعمال الأدوات كالكلاب أو المستخرجة الخوائية. أما السبب الرئيسي الآخر لعنق الرحم والتي تمنع توسع أعلى الرحم عند نمو الحمل مما يدفع عنق الرحم أن ينفتح من الأسفل.

أما تشخيص عنق الرحم الغير كفؤ فيمكن إجراؤه بالاعتماد على تاريخك الطبي الخاص، والذي هو الأهم، والمعاينة الداخلية. فبعد فترة قصيرة من انتهاء آخر دورة شهرية وانت تعلمين أنك لست حاملاً، يمكن لطبيبك أن يدخل إصبعاً عبر عنق الرحم إلى جوف الرحم، أو يمكنه أن يدخل أداة توسيع (هيغر قياس 6) عبر قناة الرحم، وبالتالي يمكنه أن يؤكد بقوة هذا التشخيص.

ويمكن أيضاً استعمال تصوير الرحم بأشعة X، كما وصفنا ذلك في القسم السابق. في هذه العملية يمكن للصبغة أن تتدفق حول الأداة الموضوعة في عنق الرحم والتي تم الحقن بواسطتها، وهذا يظهر اتساع عنق الرحم. ويمكن أيضاً للتصوير الفوق السمعي، بين أياد خبيرة أن يستعمل في تشخيص عنق الرحم الغير كفؤ خاصة إذا كنت حاملاً. وعلى الشاشة يمكنك رؤية عنق الرحم المتمدد كثيراً وكذلك الأغشية والسائل السلوي التي تبرز إلى الأسفل. وباستعمال المصور الفوق السمعي الحديث الذي يدخل عبر المهبل، تمت معرفة الكثير عن تشخيص التشوهات في عنق الرحم.

ولكن الدليل الأساسي على العنق الضعيف يبقى التاريخ الحافل

بالإسقاطات المتكررة بين الأسبوع الرابع عشر والرابع والعشرين. وعادة ما يكون قد حدث بعض النزيف؛ ويكون تمزق الأغشية قد حصل حتى قبل شعور الحامل بأي تقلصات وهذه التقلصات عادة ما تكون قصيرة وغير مؤلمة. ويولد الجنين غالباً، وللأسف حياً.

تجنب الأذى اللاحق بعنق الرحم

يجري الأطباء عمليات تمديد وتجريف الرحم بشكل حذر. فهم مدركون أنه لا يجب تمديد عنق الرحم بقوة أكثر من 8 ملم (هيغر) عند أي إمرأة في فترة خصوبتها، ذلك لتجنب تمزق الألياف في عنق الرحم.

أما إذا دعت الحاجة إلى إجهاض متعمد متقدم، فسيحاول طبيبك تنضيج الرحم الليلة السابقة باستعمال عيدان الطحلب البحري التي ذكرتها سابقاً، أو بوضع مادة البروستاغلاندن في المهبل، والتي تجعل العنق ناضجاً بظرف ليلة أيضاً. عندها لن يكون هناك حاجة إلى التمديد الكثير (جزء التمديد من عملية تمديد وتجريف الرحم) لأن عنق الرحم يكون قد تمدد أصلاً.

أما إذا قيل لك أنه هناك لطاخة بابا نيكلاو غير طبيعية والتي بحاجة أخيراً إلى المعالجة، يمكن عندها استعمال بجراحة قرية (تجميد) أو علاج أشعة اللايزر، بدلاً من عملية استئصال المخروط، حيث يتم قطع جزء من عنق الرحم والذي قد يؤدي إلى عدم الكفاءة. وهكذا لدى طبيبك الآن إمكانية اختيار إحدى هذه الطرق الحديثة الثلاثة والتي يمكن استعمالها بحد أدنى من الجروح في عنق الرحم والتي هي فعالة كغيرها من الطرق.

في مدارس الطب يتعلم الأطباء الشبان هذه الطرق الوقائية للمرض، بينما يناقشون في الوقت ذاته طرق العلاج. وهذا الموقف الجديد يشمل كل نواحي الطب.

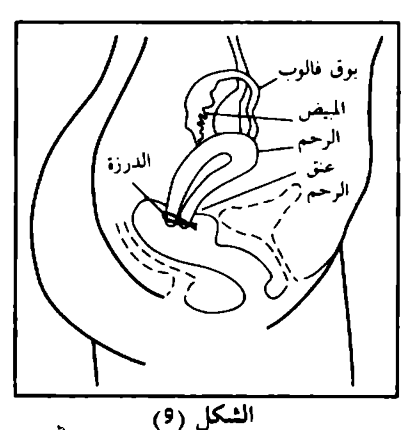
التطويق، درزة ماكدونالد، أو درزة شيرودكار

إن وضع الدرزة حول عنق الرحم لشده واغلاقه هي الطريقة العلاجية لعنق الرحم الغير كفؤ أو الضعيف. وقد تم وصف هذه العملية منذ أكثر من ثلاثين سنة. وغالباً ما يسمى وضع الدرزة أيضاً شيرودكار، ولكن هذا الاسم في الحقيقة يتعلق فقط بطريقة خاصة. فقد كان الدكتور شيرودكار طبيباً بارزاً تشكره العديد من النساء لأن طريقته قد ساعدت في إبقاء الكثير من حالات الحمل داخل الرحم.

(انظر الشكل 9)، الذي يظهر مكان وضع الدرزة لإقفال عنق الرحم.

لماذا ينفتح عنق الرحم الغير كفوء من الأسبوع 12 إلى 24 فصاعداً؟

في القسم السابق، ذكرت أن عنق الرحم يتشكل من عشرة بالمئة فقط من العضل؛ وأما الباقي فهو مواد ليفية يمكنها أن تصبح متمددة ولينة خلال الحمل. فعنق الرحم ينفتح عند الإباضة كي يسمح بدخول النطفة، ولكن في غير ذلك الوقت يكون مغلقاً عادة.



الشكل (9)

هذا الرسم يبين موضع الدرزة في عنق الرحم.

خلال الحمل يلين عنق الرحم بشكل طفيف، ولكنه يبقى مشدوداً وممتلئاً بسدادة سميكة أو لزجة من المخاط، والتي تبقى في مكانها حتى وقت متأخر من الحمل. في ذلك الحين يصبح عنق الرحم متقلصاً أو مطموساً لأنه يبدأ بالانفتاح كي يسمح لرأس الطفل بالخروج. ويجب أن يبقى عنق الرحم مغلقاً باحكام كي يحمي الجنين ومحتويات الرحم من حصول العدوى من الخارج أو من المهبل.

أما جزء الرحم الذي هو فوق العنق فيتكون بشكل أساسي من العضل القوي. خلال فترة الحمل المبكرة يزداد حجم الرحم نتيجة لهرمونات الحمل التي تجعل الألياف العضلية في جسم الرحم تزداد عدداً وطولاً. بعدها، من منتصف المرحلة الوسطى من الحمل، حوالي الأسبوع الثاني عشر إلى الرابع عشر فصاعداً، ينمو الرحم بشكل أكبر لأن الجنين النامي والكيس السلوي يضغطان ويسببان تمدده. وهذا ما يحدث بشكل طبيعي قبل الولادة. فالرحم يصبح كبيراً وفي حوالي الأسبوع الأربعين يساعد العضل القوي على طرح الطفل خارجاً عبر فتحة عنق الرحم.

ولكن إذا كان عنق الرحم ضعيفاً، أو غير كفؤ، أو إذا كان الرحم مشوهاً، فعندها لا تحدث هذه السلسلة الطبيعية من الأحداث. فعند وجود تشوه ما، يحل محل العضل في الرحم النسيج الليفي الذي لا يتمدد. وعندما يكبر الجنين ويضغط على أعلى الرحم الذي لا يتمدد بسبب الأنسجة الليفية، يبدأ الحمل بلعب دور قضيب من المعدن ـ يضغط نزولاً على عنق الرحم. ويبدأ هذا الضغط في حوالي الأسبوع الرابع عشر إلى السادس عشر. فتندفع الأغشية والكيس السلوي نزولاً إلى العنق الضعيف الذي يبدأ بالتمدد. وهذه العملية تسبب تمزقاً في الأغشية، ويلحق ذلك إسقاط سريع.

في أغلب الأحيان تكون العوارض قليلة جداً. ولكن إذا شعرت أن الرحم يتقلص ويصير قاسياً في هذا الوقت، وإذا لاحظت خروج مادة مخاطية كثيفة جداً أو أي نزيف مهبلي، عندها يجب الاتصال بالطبيب. وغالباً لا يكون هناك ألم قبل أن يصبح الإسقاط في مرحلة متقدمة. ولكن الضغط على عنق الرحم قد يحدث ألماً في المهبل وصف بأنه «كالسكين الذي يندفع صعوداً من المهبل إلى الحوض». وقد يحدث أيضاً ألم حاد في الظهر. ففي حال وجود أي من هذه العوارض في هذه الفترة من الحمل يجب الاتصال بالطبيب فوراً.

ولكن إذا تم التشخيص وأمكن وضع الدرزة في الوقت المناسب، فإن معدل نجاح إنجاب طفل صحيح وكامل النمو هو كبير جداً، ثمانون إلى تسعين بالمئة على الأقل. واظهرت دراسات حديثة أنه كلما وضعت الدرزة في وقت مبكر من الحمل وفي مكان عالٍ من عنق الرحم، كلما كانت أكثر فعالية في حمل الجنين. فأنت وطبيبك ستعملان كل ما بوسعكما لتقليد الطبيعة. فعنق الرحم يجب أن يكون مقفلاً باحكام كي يحافظ على الحمل.

في بعض الأحيان قد يكون عنق الرحم الغير كفؤ، خاصة الذي يحدث ما دون الأسبوع العشرين من الحمل، مرتبطاً بتقلصات الرحم. فمن غير المعروف ما إذا كان ذلك مخاض مبكر أو أن عنق الرحم الضعيف هو الذي يسبب التقلصات. ولكن في هذه المرحلة المتأخرة بالإضافة إلى الدرزة، يمكن لطبيبك أن يعطيك عقار الريتودراين لمنع المزيد من التقلصات. وهذا العقار آمن في فترة الحمل، والعارض الجانبي الوحيد له هو سرعة خفقان القلب. وقد وافقت عليه إدارة الأغذية والأدوية (FDA) للاستعمال داخل الولايات المتحدة لمدة الأربع أو الخمس سنوات الماضية، مع أنه كان قيد الاستعمال في أوروبا ومناطق أخرى من العالم منذ ضعفي

هذه المدة على الأقل. وقد وافقت إدارة الأغذية والأدوية على استعماله فقط في الحمل متى بلـغ مرحلة الأسبوع العشرين.

كيف يتم وضـع درزة شيرودكار أو ماكدونالد

إن كلمة التطويق يمكن أن تستعمل أيضاً في وصف هذه العملية، فهي تصف هذه الطريقة بشكل مناسب حيث يتم وضـع الدرزة حول عنق الرحم مما يجعله يبدو كرزمة من التبـغ مشدودة الرباط بالطريقة ذاتها. تشد الدرزة عنق الرحم بشكل محكم. هذه التقنية الشهيرة كما ذكرنا سابقاً، سميت نسبة إلى أحد مستنبطيها المهمين، الدكتور شيرودكار. فتقنيته كانت إحدى التقنيات. ولأنها عملية طويلة، لا يتم إجراؤها غالباً كما وصفها هو. وأعار بعض الأطباء الآخرين اسماءهم هذه التقنية أمثال ماكدونالد ولاش. فكل هذه التقنيات هي تحويرات للفكرة ذاتها تحاول ربط الدرزة أو الشريط بطرق مختلفة. ويمكن للشريط أن يربط حتى الزر لتجنب ارتخائه أو انزلاقه.

أما الشيء الأهم الذي يجب تذكره هو أن الدرزة يجب أن توضـع بوقت باكر من الحمل. وكأن يقال أن الدرزة لا يمكن أن توضـع قبل الأسبوع الرابـع عشر. ولكن هذا التاريـخ المتأخر قد فرضته الحقيقة أنه قبل استعمال التصوير الفوق السمعي، حتى ذلك الوقت لم يكن الطبيب ولا الأم قد سمعا نبض قلب الجنـين، أو تأكـدا مـن حركتـه. أما الآن فبإمكان التصوير الفوق السمعي أن يخبرنا ما إذا كـان الطفـل حي في الأسبوع السادس أو حتى من قبل ذلك. فالأمر جلي أنه ما من أحد مستعد أن يضـع الدرزة إذا لم يكن هناك حمل حي في الرحم.

أما أنا فغالباً ما انصـح بوضـع الدرزة حوالي الأسبوع التاسـع إلى العاشر. فبقدر ما توضـع الدرزة في وقت مبكر بقدر ما تحافظ على الحمل

لمدة أطول، واحد الأسباب لذلك هو أنه حينما يكون عنق الرحم لا يزال طويلاً إلى الحد الذي يجب أن يكون عليه فإنه يعطي الطبيب مجالاً أكبر للتعامل معه. ويتم وضـع الدرزة في أعلى موضـع ممكن من العنق. وخلال الحمل يتقلص عنق الرحم بشكل طبيعي لأنه يحتوي على أنسجة عضلية. وهذا يمكن أن يسبب إزاحة الدرزة، ولهذا يجب وضعها عالياً وبشكل محكم.

أما إذا كان هناك عوامل مسيطرة وكثيرة الخطورة وكنت غير متأكدة من سلامة الجنين يمكنك إجراء فحص لعينة من الزغابات المشيمية (CVS) ما بين الأسبوع السادس والتاسـع وهذه طريقة مبكرة جداً تقدم المعلومات التي عادة ما يقدمها فحص بزل السلى. (أنظر الفصل السابـع، ص 229 للمزيد عن هاتين الطريقتين). ويمكن إجراء فحص الزغابات المشيمية قبل وضـع الدرزة، والذي يمكن أن يتم حال الحصول على النتائـج الطبيعية.

وبشكـل عام يجب أن لا تـوضـع الدرزة إذا كـان هنـاك نـزيف أو تقلص ناشط، لأن هذه العملية قد تموه ما سيحدث كإسقاط حتمي.

ويمكن حتى وضـع الدرزة حول عنق الرحم قبل حدوث الحمل. وعادة ما يتم ذلك في حال عدم وجود عنق الرحم أصلاً، مما يجعل الأمر صعباً جداً أو مستحيلاً من ناحية تقنية، متى ما أصبحت المرأة حاملاً وبدأ عنق الرحم بالتقلص. ومن النادر جداً أن يحدث ذلك لأن وضـع الدرزة بين فترات الحمـل قد يؤثـر في الخصوبـة، وتعني التقنية المستعملة أنـه لا مهرب تقريباً من الولادة القيصرية. وبما أن نوع تقنية التطويق تختلف من امرأة إلى أخرى، يجب أن تعتمدي على نصيحة طبيبك.

فعندما يقرر طبيبك أنه هناك حاجة إلى الدرزة يتم إجراء ذلك في المستشفى. وقبل وضـع الدرزة، يجري التصوير الفوق السمعي للتأكد من

أن الجنين حي (أي أن قلبه ينبض) ولا يوجد هناك أي مشاكل أخرى. وقد يتم إدخالك إلى المستشفى في يوم العملية ذاتها أو ربما ليلة قبل ذلك. ويكون من الضروري استعمال بعض المخدر لأن العملية تكون مؤلمة بدونه. والخيار الشائع هو استعمال المخدر الفوق الجافية. المستعمل غالباً خلال المخاض. وتجري العملية في غرفة العمليات حيث توضع رجلا المرأة في الركابات. وتستغرق العملية عادة حوالي الخمسة عشر دقيقة إلى الثلاثين دقيقة. بعد العملية يمكنك الذهاب إلى البيت في اليوم ذاته أو أن تبقى ليلة أخرى. ويتم التحقق لاحقاً من نبض قلب الجنين بواسطة التصوير الفوق السمعي.

العلاج والعناية بعد العملية

بعد وضع الدرزة يبقي الطبيب المريضة تحت الإشراف الدقيق لأن المشاكل قد تحدث للدرزة ذاتها: فقد تنحل العقدة أو أن الدرزة قد تنزلق وتصبح غير محكمة. فإنه من المهم مراجعة الطبيب بشكل منتظم، حتى مرة في الأسبوع في أول الأمر إلى أن يصبح الجنين قابلاً للحياة في حوالي الشهر الثلاثين إلى الثاني والثلاثين.

وقد يكون من الضروري فحصك عبر المهبل في كل زيارة لأن طبيبك يريد أن يعرف مدى ضمانة الدرزة. فإذا كانت قد انزلقت نزولاً أو أن عنق الرحم بدأ بالانفتاح، قد يقرر طبيبك حتى وضع درزة أخرى.

وقد ينصح الطبيب ببعض الراحة السريرية بعد العملية، لأن قوة الجاذبية يمكن أن تضغط على عنق الرحم.

وبما أن الدرزة هي جسم غريب قد تكون موضعاً للعدوى. لهذا، وكإجراء وقائي، فأنا أصف مضاداً حيوياً يؤخذ في أسبوع في الشهر.

أما عبر الفم أو المهبل لتجنب أي عدوى. ولكن ذلك لا يتم دائمًا ويعتمد على التاريخ الطبي الخاص بكل امرأة.

وأنا دائمًا اعتقد أن مراجعة النساء اللواتي عندهن تاريخ من الإسقاطات للطبيب بشكل متكرر وحصولهن على التطمين هما في غاية الأهمية. ولذلك أيضاً تأثير إيجابي على الصحة.

ماذا لو حصلت التقلصات بوجود الدرزة في مكانها؟

إن الخوف الأكثر شيوعاً عند النساء اللواتي يحتجن إلى الدرزة هو مما إذا كان الجماع آمناً، حتى بوجود الدرزة أو إذا كان الجماع سيسبب التقلصات في الرحم. إذا شعرت بارتياح تجاه الفكرة وشعر طبيبك أيضاً أنه ليس هناك أي خطر عندها يعلمك أن معاودة الجماع هي آمنة. ولكن ربما نصحكما الطبيب باستعمال المطاط الواقي لتجنب التأثيرات المحتملة لمادة البروستاغلاندن الموجودة في المني، والتي قد تثير تقلصات الرحم، وكذلك لتقليل مخاطر العدوى.

أما إذا ابتدأ المخاض المبكر، يمكن أن يعطى الريتودراين كعلاج. وكما ذكرت سابقاً، يسمح باستعمال الريتودراين فقط في الأسبوع العشرين وما فوق. ولكن، وحتى بغياب أي إشارة للمخاض المبكر. وإذا كانت الحامل قلقة وحالتها عالية المجازفة، فأنا أعطيها الريتودراين ابتداءً من الأسبوع العشرين. والعارض الجانبي كما ذكرت سابقاً، هو سرعة خفقان القلب ولكن ليس لذلك أي تأثيرات سيئة على الجنين.

متى تتم إزالة الدرزة؟

يمكن للدرزة أن تزال في عيادة الطبيب وهي عادة لا تتطلب الدخول إلى المستشفى أو استعمال المخدر. فإزالتها ليست مؤلمة. ويكون موعد

إزالتها أسبوعين قبل موعد الولادة المستحق، أو في الأسبوع الثامن والثلاثين. فعند بلوغ هذه المرحلة يكون الطفل قد أصبح ناضجاً، وتكون إزالة الدرزة شيئاً آمناً.

ومن المؤكد أنك لا ترغبين في أن يأتيك المخاض وتكون الدرزة في موضعها. لأن ذلك يمكن أن يؤدي إلى اندفاع مسعور لإزالتها في وقتها، ويمكن كذلك للولادة بوجود الدرزة في مكانها أن تلحق التمزق الشديد بعنق الرحم. وكذلك فأنت بحاجة إلى بضعة أيام كي تسمحي لأي عدوى في موضع الدرزة أن تترك جسمك. فهذه هي الأسباب التي تدفعنا دائمًا إلى إزالة الدرزة قبل بدء المخاض.

وبعد إزالة الدرزة، من الشائع أن يحدث عندك نزيف طفيف وفاتح اللون من موضع الدرزة. أما المخاض ذاته فإنه يبدأ عادة بظرف ساعات أو يوم أو يومين، وخاصة إذا كان عنق الرحم ضعيفاً جداً. إلا أن المخاض قد يتأخر إلى ما دون الموعد المستحق في بعض الحالات، ربما بسبب أثر الجرح في موضع الدرزة!

علاج مشكلة أخرى في الرحم: الأورام الليفية (الألياف العضلية)

جراحة للأورام الليفية؟ **الألياف العضلية**، الاسم التقني للأورام الليفية، هي شائعة عند النساء في سن الأنجاب وخاصة كلما تقدمن في السن. وهناك حوالي الأربعين بالمئة من النساء في سن الأربعين مصابات بهذه الأورام الليفية الحميدة. وعند النساء الغير حوامل، قد تسبب هذه الأورام دورات شهرية مفرطة الشدة وعدم ارتياح من الضغط. ولكن في الحمل لا تكون هذه الأورام في الحقيقة سبباً رئيسياً في الإسقاط، ويكون الطبيب غير مستعد لإجهاض الحمل فقط بسبب هذه الأورام الصغيرة.

وكما ذكرنا سابقاً، يمكن لهذه الأورام أن تحصل في أجزاء مختلفة من الرحم وجدارة. والمشكلة الشائعة نسبياً التي نشأت هذه الأيام هي أن النساء في أواخر الثلاثينات من العمر كان عندهن الوقت الكافي لنحو هذه الأورام بشكل يكون أحياناً كبيراً كالبطيخة. وإذا كنت غير حامل فيمكن لتلك الأورام أن تجعلك تبدين وكأنك حامل في الشهر الخامس! فالسؤال إذن هو إذا كان بإمكانك أن تحققي الحمل مع هذه الأورام أو أن تزيلي الأورام أولاً.

أما شعوري فهو أنه ربما كان من الأفضل محاولة الحمل أولاً ــ ورؤية ما يحدث. قد يبدو هذا عمل وحشي خاصة بعد كل تعليقاتي السابقة على الجروح الناتجة عن الإسقاط. ولكن قد لا تسقطين حتى بوجود هذه الأورام، وفي هذه الحالة تكوني قد اكتشفت أنه من حسن حظك لم تكن الأورام مشكلة أبداً. وإذا أسقطتي لا سمح الله، تكونين على الأقل متأكدة أن عملية إزالة هذه الأورام هي ضرورية ربما. فهذه ليست عملية يستهان بها أبداً، لأن إزالة الأورام الكبيرة المتعددة قد تخلف في الرحم الندوب الحادة. وهذه الندوب يمكنها أن تؤثر حتى في الخصوبة. وكذلك وفي حال تم الدخول إلى جوف الرحم خلال عملية إزالة الأورام. تصبح عملية الشق القيصرية ضرورية في الحمل التالي لتجنب تمزق الرحم.

لهذا السبب أشعر أنه من الأفضل محاولة الحمل أولاً قبل إجراء أي عملية إلا إذا نصحك طبيبك بخلاف ذلك في حالتك الخاصة. فقد تلين هذه الأورام خلال الحمل. وهذه العملية قد تسبب بعض الألم وأحياناً حمى طفيفة، ولكن يمكن التغلب على ذلك بواسطة الراحة السريرية ومزيل خفيف للآلم كالتيلينول (Tylenol) .

وهناك مشكلة محتملة أخرى في حال وجود ورم أو أورام كبيرة وهي

انزراع المشيمة فوق إحدى هذه الأورام، مما قد يسبب المخاض المبكر وهذه الحالة قابلة للمعالجة. وأحياناً، وبشكل نادر جداً، يسد الورم المخرج الحوضي وقد تحتاجين إلى إجراء عملية شق قيصرية للولادة.

وكذلك لا يجوز إزالة الأورام من الرحم خلال فترة الحمل أو أثناء إجراء الشق القيصري، لأن هذه العملية قد يرافقها نزيف حاد جداً. ولكن من الأفضل أن تتركي هذا القرار لطبيب الولادة.

أما الآن دعوني أقدم لكم قصة لورا لتشارك معكم الألم والحسرة من جراء إسقاطات المرحلة الوسطى من الحمل بسبب عنق الرحم الغير كفؤ. فقد خسرت الحمل ثلاث مرات في الأسبوع العشرين، ولكنها بعد ذلك أنجبت بنجاح بعد أن وضعت لها الدرزة حول عنق الرحم.

«أعطاني الطبيب الثقة لأحاول ثانية»

ولد أبني وأنا في السادسة والعشرين من العمر. وشعرت بقوة كبيرة خلال الحمل وكنت أعمل حتى الأسابيع الثلاثة قبل ولادته، وبعد خمس سنوات قررت انجاب طفل آخر. وغمرتنا السعادة أنا وزوجي عندما صرت حاملاً. وكان كل شيء على ما يرام في البداية مع هذا الحمل الثاني. وفعلت كل الأشياء المعتادة. ولكن كما أذكر، تسوقت يوماً من الأيام وبدأت بتحضير الطعام في البيت، عندما انتابني فجأة شعور بانقباضات شديدة. لم أكن أعلم ما الذي يحدث. وكنت حاملاً في الأسبوع العشرين تقريباً.

لم يحدث لي الإسقاط من قبل، ولذا فقد كان الاختبار مرعباً جداً. كنت وحيدة في البيت. فقررت أن استلقي على أمل أن يكون الأمر مجرد ألم غازات. ولكن الانقباضات زادت سوءً. أخيراً اتصلت بسيارة الأسعاف

لتنقلني إلى المستشفى. وأدخلت فوراً إلى غرفة الطوارىء حيث هناك أطباء ممتازون. وكنت أريد إنقاذ الطفل بشكل يائس. ولكن الطبيب حذرني من أن المخاض سيأتي وأنه سيعطيني حقنة مسكنة للألم لمساعدتي على تجاوز تلك المرحلة، لأنه من غير المحتمل أن يولد الطفل حياً.

وكان المخاض تجربة رهيبة لأنه بينما كنت اجتاز آلام التقلصات في الرحم كنت أكبح ـ لمنع الجنين من الخروج. ولكن عندما ولد كانت الرئتان غير ناميتان كلياً وبالتالي لم يحيا. القيت نظرة على الطفل ولكن لم يكن هناك فرصة لإمساكه. بعد ذلك صرت كئيبة للغاية. لم أكن أعلم كيف اتعامل مع الأمر. وعدت إلى العمل بأسرع ما يمكن. وكان ابني البالغ من العمر ست سنوات مهتماً جداً. وأراد زوجي أن نحاول مرة أخرى، ولكني كنت خائفة. وانتظرنا سنتين بعدها قررت أنني أجرؤ على حمل آخر. وتحقق الحمل بسهولة. فعلى الأقل لم يكن عندي مشكلة من هذه الناحية.

وشرح طبيبي أنه يجب وضع الدرزة وأنه يجب أن ارتاح كثيراً. وعملت حتى الشهر الثاني، ولكن بعد وضع الدرزة توقفت عن الذهاب إلى المكتب ولزمت البيت ـ في السرير معظم الوقت. لحسن الحظ أنه كان بإمكاني أن أعمل بعض الأعمال الكتابية للوظيفة في البيت.

في مساء أحد الأيام أحببت أن أحضر الطعام لعائلتي. فقد كان زوجي يقوم بمعظم الأعمال المنزلية، وكنت أرثو لحاله. وهكذا نهضت وبدأت أعمل بتوان في المطبخ. في وقت متأخر من ذلك المساء بدأ سيلان الدم. واخذني زوجي إلى المستشفى حالاً. وبدت الأمور على ما يرام ولهذا عدنا إلى البيت. أخيراً توقف السيلان. ولكن بعد ثلاثة أيام أو أربعة تسرب الكثير من السوائل. وكان ذلك للمرة الثانية في الأسبوع العشرين.

رجعت إلى المستشفى حيث بقيت تحت المراقبة. وقالوا لي هناك أنني خسرت الكثير من السائل السلوي ولكن الطفل ما زال حياً. وتمنوا أن يعود مستوى السائل السلوي بتعويض ما فقد تلقائياً.

كل ذلك الوقت في المستشفى كنت في حالة من التأرجح. ففي يوم تكون الأمور على ما يرام والكل متفائل بشأن الطفل. وفي اليوم التالي تتغير الأمور بشكل مفاجىء، وبدأت تصيبني الحمى. ولكون هناك خطر من العدوى، قرر الأطباء أن يحرضوا المخاض. ولكني رجوتهم أن ينتظروا إلى آخر لحظة. أخيراً أصبحت درجة الحمى عالية جداً وبدأ المخاض. في ذلك الوقت كنت أود لو أموت. «لماذا يحدث ذلك لي؟» كنت دائمًا أقول. «أنا لست شريرة». وكانت الدرزة لسوء الحظ لا تزال في موضعها وكان المخاض أليمًا جداً. أما الممرضات فقد ساعدتني كثيراً ولكن الألم كان لا يطاق إلى أن وصل الطبيب الجراح وأزال الدرزة.

هذه الطفلة ولدت حية، وعاشت لمدة خمس وأربعين دقيقة. وقد جلبوها إليّ ملفوفة ووضعوها بين يدي، وامكنني رؤية وجهها، ولمس أصابعها وشعرها. أما عيناها فكانتا مغمضتين. ولكن وجهها كان كامل الشكل. وكان عندها أصابع طويلة جداً جداً.

ويجب أن أقول أن الأطباء والممرضين تعاملوا مع كل هذه التجربة الأليمة باحترام فائق أشكرهم عليه.

وكان عزائي أنه قدر لي أن امسكها. وشعرت بحال أفضل مما كنت عليه بعد خسارة الحمل في المرة الأولى.

ولكن، بعد ذلك، مررت باكتئاب هائل دام أطول بكثير وقد كان زوجي عطوفاً، متفهمًا، ومسانداً ولكن لم يكن هناك شيء يغير من حدة مزاجي. وذهبنا لقضاء عطلة في بورتوريكو، ولكن حتى في ذلك الوقت،

بعد خمسة أشهر من خسارة الطفل كنت لا أزال اجهش بالبكاء. وبعدها اشعر بالذنب تجاه أبني وزوجي. فلم استطـع أبداً التخلص من الشعور بالذنب وهو أنه لو لم انهض ذلك اليوم ربما ما كنت لأخسر هذه الطفلة.

ولدى عودتنا إلى البيت، اتضـح لي أن الاكتئاب هذه المرة قد أثر في ابني الذي كان بسن التاسعة. فقد كان يخاف من أنه سيخسرني إذا صرت حاملاً مرة أخرى. واقترح زوجي تبني طفل ووافقت على الفكرة ـ ولكن بمرور الأشهر، قررنا أن نعطي الحمل فرصة أخرى.

وهكذا صرت حاملاً ثانية، وشعرت هذه المرة أنني مستعدة جداً. وتم وضـع الدرزة بوقت باكر، وبقيت في البيت لارتاح كلياً. ولكن مرة أخرى وفي ذات الوقت، احسست بتسرب السائل. ومرة أخرى أسرعنا إلى قسم الطوارىء. وكان يبدو أن الكيس السلوي يرشـح قليلاً وظنوا أنه سيلتحم بشكل طبيعي. وبقيت في المستشفى لمدة خمسة أيام ومرة أخرى متمسكة بكل ما لدي من أمل. ولكني خسرت هذا الحمل أيضاً ـ وكان ذكراً.

ولكن قبل خسارتي الحمـل الثالث، كـانت صديقـة لي ـ فقدت بـدورها طفلين وانجبت أخيـراً بنتاً ثم أبنـاً ـ قد اعـطتني اسم طبيب متخصص بالإسقاط.

واحتفظت برقم الهاتف بدون أن أفعل أي شيء لمدة سنة تقريباً. وقال زوجي أنه لن يستعجل الأمر وأنه سينتظر حتى أصبـح مستعدة على المحاولة مرة أخرى.

في النهاية اتصلت بهذا الطبيب، وذهبنا أنا وزوجي لرؤيته، حيث قام بإجراء بعض الفحوص لنا. وطلب منا إجراء فحص للدم: وأخذت صورة بأشعة X للرحم. وقيل لي أنه لدي عنق رحم غـير كفؤ. وقال

الطبيب أنه في المرة التالية من الحمل سيضع الدرزة بوقت باكر جداً بين الأسبوع الثامن والعاشر، وأنه سيعطيني الدواء (ريتودراين) لإراحة الرحم بأبكر وقت ممكن. وكان يتوجب علي أيضاً البقاء في السرير قدر الإمكان.

أعطاني هذا الطبيب الثقة لأحاول ثانية. وبعد كل هذه السنوات من الإسقاط. كنت حينها في التاسعة والثلاثين من عمري ـ شعرت أنه إذا لم أنجح هذه المرة فإنها ستكون آخر فرصة لي. هل يمكنكم تخيل فرحتنا في ذلك الوقت عندما كان هذا الحمل الأخير على ما يرام؟ فقد وضعت لي الدرزة كما حدد الطبيب، وقد قاربت فترة الحمل الكاملة ـ وعندي الآن طفلة صغيرة رائعة، عمرها إسبوعان فقط الآن! الطفلة المعجزة.

في أول حمل لي، صرت حاملاً بالصدفة. وقمت بكل الأعمال «الخاطئة». فكنت أتسوق، أغسل الثياب وأذهب إلى العمل. فلم يخطر لي ببال أن أكون حذرة. وفي اليوم الذي سبق المخاض، مشيت مسافة طويلة جداً في قيظ شهر آب! في اليوم التالي تدفق الماء وجاء المخاض على الفور. وأخذت فوراً إلى غرفة المخاض وحدثت الولادة بعد ساعتين ونصف. فلم يخطر لي قط ولو لثانية واحدة أنني سأواجه المشاكل في المستقبل.

مع هذا الحمل الأخير، وضعت لي الدرزة حول عنق الرحم ولزمت السرير لمدة أشهر. وتبعت توصيات الطبيب حرفاً بحرف. ولكني ما زلت لا أصدق أنني تجاوزت هذا كله. فالذي كان يدفعني على الاستمرار هو شعوري أنه إذا كانت مشيئة الله في أن لا يكون لي طفل، فلماذا كنت أحمل بهذه السهولة؟ وكان كل طفل يولد لي يبدو بصحة جيدة. فلم يكن عندهم أي مشكلة من حيث الكروموزومات. ولم يكونوا غير طبيعيين، إنما المشكلة كانت في عنق الرحم والتي تغلبنا عليها ـ بمساعدة التطويق أو الدرزة.

الفصل الخامس

هل هناك عدم توافق بينك وبين زوجك وطفلك؟

عندما تكونين سعيدة بالحمل وبتغذية الجنين داخل بطنك المنتفخ، لا يمكن أن يكون هناك شيء في واقعك الخاص أبعد من احتمال رفضك الفعلي للطفل. إن مجرد فكرة رفض الجنين هي عند معظم النساء تكون بمثابة اللعنة. فهذه النساء تحببن أزواجهن كثيراً وترغبن في أن يكون لهن أطفال، فكيف يمكن لهن، من بين كل النساء، أن يرفضن طفلاً مرغوباً بشكل يائس. ولكن في الحقيقة يكون جسمك رافضاً للنسيج الغريب، وهذا شيء يعتبر طبيعياً جداً في غير حالة الحمل.

ولكن كوني متأكدة في هذا الفصل من حيث تأثيرات جهاز المناعة الذاتي للجسم على الحمل، أنني لا أتكلم عن القضايا النفسية المنشأ. فإذا كان لديك مشاكل في المناعة فلن ينجح التفكير الإيجابي ولا تقليل الضواغط ولا الراحة السريرية وحدهم في التغلب على الحالة.

وتأكدي أيضاً أنه بوجود المخاوف من مرض الايدز الذي يخترق عصرنا هذا، فإن كلمة منيع يمكن أن تثير المشاعر السلبية في عقول العديد من النساء. فالجهاز العصبي هو في الواقع شديد الأهمية في إبقائنا صحيحي الجسم واقوياء. ولكن مشاكل المناعة التي سأشرحها لا تحمل أي علاقة بالانهيار الناتج عن الفيروس في جهاز المناعة، الذي قد دمر مجتمعنا إلى هذا الحد.

وهذا المجال المدهش والعالي التقنية لعلم المناعة ـ الذي هو ضمن مجال الأبحاث حول الإسقاط ـ قد ساعد لحد الآن المئات العديدة من النساء (وازواجهن). أما طبيعة النساء اللواتي يخضعن لهذه الفحوص، لمعرفة ما إذا كان عندهن مشاكل في المناعة، فهن النساء المسقطات بشكل متكرر، واللواتي لا يوجد أي سبب «واضح» لحالاتهن.

ويعتقد الآن أنه من المحتمل أن يكون ثلث حالات الإسقاط المتكرر أو أكثر ناتجة عن مشكلة في جهاز المناعة، مما يعني أن العديد من النساء تكون قابلة لهذا النوع من المساعدة. ولكن ما زال هذا العلاج يعتبر قيد الاختبار والمناقشة. ولكن الإحصاءات الصادرة عن مراكز الأبحاث الرئيسية تظهر نجاحاً معدله 75 إلى 90 بالمئة. في الواقع يعتقد الآن الخبراء الموثوقون في مجال الإسقاط أن حقل المناعة سوف تتم الموافقة عليه كسبب مهم ومعروف، وكعلاج للإسقاطات المتكررة.

وفي حالة النساء اللواتي قد فقدن الأمل، فإن هذه الأرقام، كما يمكنك التخيل، هي مشجعة جداً، وأن لوائح الانتظار تنمو أكثر فأكثر.

ما هي مشكلة المناعة

لقد كان على العلماء أن يتصارعوا لمدة طويلة مع حقيقة أنه لم يعد مفاجئاً أن تنبذ بعض النساء الأجنة بنسبة أكثر من أن أي جنين في الواقع سيجتاز المرحلة الكاملة إلى الولادة. لماذا؟ لأن عمليات الإخصاب، التلقيح ونمو المضغة تسير باتجاه معاكس لإحدى الركائز الأساسية في الطبيعة: فالجسم كما يعلم ذلك جيداً جراحو زرع الأعضاء ينبذ أي شيء لا يلاحظه كجزء منه، ففي المضغة هناك خمسون بالمئة من نسيج الأم، والنصف الآخر الذي يأتي من الأب، يعتبر نسيجاً غريباً من قبل جسمها.

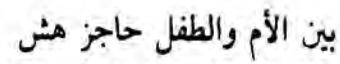
وفي الأيام القليلة التي تلي الإخصاب تتصل **الأرومة الغذائية**، أي كتلة الخلايا الجنينية للمضغة والمشيمة الناميتين، بشكل فعلي بأنسجة الأم ودمها بالتصاقها بجدار الرحم. ويقوم دم الأم، كما هو متوقع بإطلاق المضادات الحيوية ضد هذا النسيج «الغريب» جزئياً.

ولكن وبشكل طبيعي تنتج المرأة الحامل أيضاً مضادات حيوية **مميزة** نموه وتحمي خلايا الأرومة الغذائية من المضادات الحيوية الأخرى. وهذه المضادات الحيوية المميزة، الخاصة بحالة الحمل، تسمى **المضادات الحيوية المحصرة**. (انظر شكل 10).

وقد وجدت السابقة لهذا النوع من الأبحاث في مجال زرع الكلى. فقد وجد الأطباء، بصراعهم لإيجاد الطريقة التي تشجع مرضاهم على تقبل كلية المعطي، أن تقبل هؤلاء المرضى كان يزداد إذا خضعوا مسبقاً لعملية نقل الدم.

فالمرأة التي تصير حاملاً تكون قد تعرضت بشكل طبيعي لخلايا شريكها الغريبة عبر الجماع. فالمني يحمل بعض الأنسجة البروتينية، يقال لها مولدات المضاد (أي بروتينات تثير استجابة المضاد الحيوي). فلا يهم كم مرة قد مارست الجماع سابقاً؛ فحتى مرة واحدة تكون كافية كي تتعرضي لمولدات المضاد التي تساعد في إنتاج المضادات الحيوية المحصرة. ولكن أجسام بعض النساء لا تلاحظ أن أنسجة شريكهم هي غريبة بشكل كافٍ.

وكان الأطباء يعتقدون أن جهاز المناعة خلال الحمل كان مخموداً. في الحقيقة وفي قلب فضولي للأوضاع الطبيعية يكون جهاز المناعة **المنخفض النشاط**، الذي لم يميز كون هذا النسيج غريباً هو الذي يمنع إنتاج «المضاد الحيوي المحصر»، وليس كما قد تظنين، إن جهاز المناعة العدائي عندك



بين الأم والطفل حاجز هش

تكون خلايا الأرومة الغذائية، التي تشكل الطبقة بين الرحم والمشيمة، منظمة في نتوءات صغيرة شجرية الشكل تعرف في مرحلة الحمل الأولى بالزغابات المشيمية. وهذه هي الأنسجة الجنينية الوحيدة التي تكون على اتصال بالأم. وتنتقي خلايا الأرومة الغذائية المواد التي تمر عبرها. مثلاً فهي تسمح بمرور بعض وليس كل مكونات البلازما، ولا تسمح بمرور الخلايا.

أوعية دموية تحمل الغذاء إلى الجنين عن طريق حبل السرة.

موضع التفعيل

جدار الرحم

في الفسحة ما بين الزغابات المشيمية وجدار الرحم تتصل خلايا جهاز مناعة الأم بخلايا الأرومة الغذائية. ومن حيث الطبيعة ينتج جسم الأم المضادات الحيوية التي تموه خلايا الأرومة الغذائية كي لا يعود جهاز المناعة قادراً على تمييزها ومهاجمتها.

زغابات مشيمية

طبقتان من خلايا الجرثومة الغذائية

أوعية مركزية

الشكل (10)
المضادات الحيوية المحصرة وخلايا الأرومة الغذائية.

بعض النساء ذوات جهاز المناعة المنخفض النشاط لا تنتج هذه المضادات الحيوية وبالتالي يتم نبذ الأجنة كأجسام غريبة.

يقوم بمهاجمة كل الأنسجة الغريبة كما يشاء. ولكن الاعتقاد السائد الآن هو أن بعض النساء والرجال يكونون متطابقين جداً من ناحية وراثية (ولهذا حسناته إذا كان على زوجك منحك كليته). وفي هذه الحالة تتبنى المرأة مولدات المضاد من عند زوجها وكأنها لها.

ليس هناك من طريقة لمعرفة مسبقاً من سيصاب ولكن الموضوع يعطي المصداقية للاعتقاد المناقض للتزاوج بين أولاد العم الأول. وتكون هذه المشكلة «لا عرضية»، أي لا تظهر هناك أي عوارض كارتفاع الحرارة أو الدوار. أما درجة حبك لشريكك فليس لها أي تأثير. وقد وجدت الدراسات أن هناك احتمال واحد في المئة من عينة اختبرت بشكل عشوائي أن يكون عندكما مولدات المضاد الرئيسية ذاتها.

في أواسط السبعينات بدأ الباحثون تحري «العامل المحصر» عند الحوامل. وقد بدأت الأبحاث في هذا المجال في كل من بريطانيا والولايات المتحدة. فقد بدأ الدكتور موبراي في أحد مستشفيات لندن بفحص النساء ومن ثم بتمنيعهن بواسطة خلايا الدم البيضاء الخاصة بهن أو بأزواجهن. وبذلك فقد أكمل على الأقل ضعفي النساء اللواتي كن قد أسقطن في السابق أكثر من ثلاث مرات، الحمل إلى المدة الكاملة بعد حقنهن بكريات الدم البيضاء الخاصة بأزواجهن. أما هنا في الولايات المتحدة فقد أحرز الدكتور آلان بير في شيكاغو والدكتورة سوزان كاوتشوك من كلية جفرسون الطبية، فيلا دلفيا، خطوات هائلة في مجال الأبحاث. ويتفاوت معدل النجاح في هذه التقنية، ولكن هناك على الأقل معدل نجاح يصل إلى 75 بالمئة عند النساء اللواتي قد أسقطن سابقاً بين الثلاث إلى الست مرات. وتمت كذلكِ دراسة النساء ذوات الحمل الناجح، ويمكن بالمقارنة رؤية أن النساء المسقطات كن تفتقرن إلى مادة معينة تسمى العامل المحصر والتي

يمكن التحقق من وجودها في الدم. فعلاج التمنيـع بكريات الدم البيضاء يزيد من كمية المضاد المحصر أو يحث الخلايا الخامدة في جهاز المناعة الواقي على مساعدة الحمل كي يحيا.

كيف تتم عملية التمنيـع؟

إن كريات الدم البيضاء عندنا هي مركز إنتاج المضادات الحيوية. وفي الحمل يكون داخل الأم نسخة ضعيفة من بروتينات زوجها. فالحقن بكريات الدم البيضاء الخاصة به، عادة قبل الحمل تعني أن لديها القوة الكاملة كي تعمل بها. إن كلمة «التمنيـع» هي في الواقـع مضللة. فالأم تثار بواسطة حقنة من مولدات المضـاد من عند زوجهـا لإنتاج العـامل المحصر. فإذا كنت حاملاً حيث تم الحصول على نتائـج فحص الدم يمكن تمنيعك وأنت حاملاً. أو إذا كنت قد أسقطي لتوك، يمكن إجراء هذه المعالجة حالاً بعد ذلك.

ومـع الحقنة لن تلاحظي أي عوارض جانبية غير تورم صغير ربما على الذراع حيث توضـع نقاط كريات الدم البيضاء. ويجب بعد ذلك إجراء الفحص للتأكد من فعالية هذا الإجراء أي لمعرفة ما إذا كنت قد انتجت المضادات الحيوية أم لا. بعدها إذا لم تكوني حاملاً، وإذا لم يتحقق الإخصاب خلال ستة أشهر يجب إعادة الفحص وربما معاودة المعالجة.

أما إذا ثبت أن المرأة ما زالت قريبة جداً من مكونات المضاد عند زوجها، أو إذا كان زوجها معطٍ غير ملائم، عندها يمكن حقن كريات الدم البيضاء من معط بعيد القرابة. وبسبب الخوف الشديد من الايدز يخاف الكثير من الناس أخذ كريات الدم البيضاء من شخص غريب. نتيجة لـذلك يتم الآن تعقيم البـلازما المـوجودة في المني لجعلهـا خـاليـة من

الفيروسات. وفي مركز آخر تستعمل الخلايا الدموية من المشيمة البشرية لذات الغاية.

هذه المعالجة متوفرة الآن فقط في ثمان مراكز في الولايات المتحدة (وحوالي الثلاثين مركزاً في كل أنحاء العالم). وهناك تقدم دائم في هذه العملية خاصة في طرق التصوير المستعملة لتحديد الأزواج المؤهلين لهذه العملية. ووجد أيضاً أن هذه العملية تكون ذات نجاح أكبر إذا لم تحملي أبداً لمدة كاملة في السابق.

ولكن لا تزال هذه الطريقة موضع نقاش وتعتبر أيضاً من قبل بعض الناس (بما فيهم شركات التأمين) كطريقة تجريبية.

وكما الحال في علاج عنق الرحم الغير كفؤ، فلا يمكن إعطاء هذه المعالجة العالية التقنية لإمرأة ترسل بعدها إلى البيت لتتمنى حصول الأفضل. فهذه النساء تتطلب الكثير من العناية الطبية، وبالطبع الكثير من العطف والتفهم. فبعد خسارة عدة أطفال تكون هذه النساء قلقة جداً إلى أن يولد الطفل.

هل ستؤذي حقنة كريات الدم البيضاء الطفل؟

لا أحد يعلم بشكل أكيد لحد الآن. ففي الأمر عنصر من المجازفة لأن هذا البرنامج لم تتم دراسته كلياً بعد على مدى الزمن. ولتجنب المشاكل يجب أن يتم علاجك في مركز تجرى فيه الأبحاث بشكل ناشط. فكانت تتم متابعة الأطفال في كل المراكز في العالم لمدة الست إلى السبع سنوات الأخيرة. ففي مركز الدكتورة كاوتشوك في فيلادلفيا، حيث ولد العديد من الأطفال باستعمال هذه الطريقة، وجد أن هناك طفلان فقط أظهر مشاكل صحية قد تكون متعلقة بهذه المعالجة.

أما إذا كان هؤلاء الأطفال يعانون من المشاكل لسبب علاج المناعة عند أمهاتهم أو لسبب آخر فالأمر ما زال مجهولاً. وفي الواقـع لم تظهر أي دراسة أنه هناك زيادة في حالات التشويه الوراثي في أطفال النساء اللواتي تلقين هذه المعالجة. ولكن هناك العديد من الأزواج المثقفين والمـدركين للمجازفة الخفيفة في الأمر مستعدون لإجراء هذا العلاج لأنه يعطيهم الأمل في أن يكون لهم طفلهم الخاص.

من تساعد هذه الطريقة؟

راشيل هي مثال للعديد من النساء اللواتي قد وجدن أخيراً الخلاص من خلال تقنية التمنيـع. لقد حصل لها أربـع إسقاطات في السابق لم يكن لأي منهـا سبب واضـح. هذا الاختبـار للخسارات المتكـررة، والخوف والقلق المتزايدان دفـع راشيل إلى حالة من العصبية الشديدة. وبخلاف المعتاد كانت راشيل حديثة السن كي تلجأ لهذا النوع من العلاج، فقد كانت عندها ما دون سن الثلاثين. ولكن لماذا يجب عليها الانتظار أطول من ذلك؟

وقد نتـج عن التمنيـع والراحة السريرية المطولة طفل سليم وجميل لراشيل وزوجها. لكن الحمل كما سترين لم يكن خالياً من المشاكل.

«كان هذا رابـع إسقاط لي واردت أن أعرف سبب ذلك»

كان أول حمل لي منذ ثلاث سنوات ونصف، عندما كنت في سن الخامسة والعشرين. لم يكن عندي أي مشكلة في تحقيق الحمل، وشعرنا بالنشوة أنا وزوجي. ولم أتخيل أن أرى أي مشكلة قد تحدث. لقد أجتاز الحمل حوالي الثلاثة أشهر، بعدها وخلال إحدى زياراتي للطبيب، لم يَـر

أي نبض لقلب الجنين على شاشة التصوير الفوق السمعي. فالدم لم يكن يتسرب ولم أشعر بأي إنقباض. وفي البداية اعتقدت أن الطبيب على خطأ. فقد نما الطفل إلى الأسبوع الثاني عشر. ترى ما هي المشكلة؟ ولكني خضعت لعملية تمديد وتجريف الرحم في عيادة الطبيب لأنّه حذرني من احتمال الإسقاط في عطلة نهاية الأسبوع وانتهى كحالة طارئة إن لم أجرِ العملية.

لقد بكيت كثيراً وشعرت بكآبة شديدة. وكنت أشعر بالدوار خلال الثلاثة أشهر الأخيرة، قررت أنني ربما لم أكن بحالة جيدة منذ البداية. واخبرني الطبيب أن العديد من النساء تسقطن في الحمل الأول، فلذلك لم يطلب أي فحوص. وقال أيضاً أن ننتظر ثلاثة أشهر. ولكن هذه الأشهر الثلاثة كانت لا تطاق فقد فكرت بكل شيء اعتقدت أنني أسأت فعله. كنا مسافرين ذلك الوقت، فربما كانت المشكلة في الطيران؟ ربما ما كان يجب أن أجهز السرير. وكما قلت كنت أبكي كثيراً. أما الشيء الوحيد الذي ساعدني فكان رجوعي إلى العمل.

لم أرغب في الانتظار ولكن هذه الأشهر الثلاثة مضت وبعدها حاولنا ثانية. وصرت حاملاً، ولكني خسرت هذا الحمل بعد أربع أسابيع حتى أني لم أكن قد ذهبت في أول موعد مع الطبيب. فقد كان فحص الحمل إيجابياً وبعدها بدأ سيلان الدم في البيت، ذهبت إلى السرير ورفعت قدماي عالياً. ولكني فقدته في البيت ليلة السبت. وكنت انزف بشكل حاد مع وجود الكثير من الانقباضات. وقد أنقذنا كل ما قدرنا عليه. ثم انتظرت إلى الساعة السابعة والنصف كي اتصل بالطبيب. قال لي «ربما لم تخسري الحمل». ولكني أعرف أنني خسرته، لأنه بعد خروج جلطة كبيرة توقف النزيف. كنا ما زلنا في عطلة نهاية الأسبوع وطلب مني الطبيب أن أذهب لأراه يوم الإثنين. وكان ذلك اليوم الكامل من الانتظار جارحاً جداً.

ولكن عندما نظرنا إلى شاشة التصوير الفوق السمعي. قال الطبيب «أنت على حق لقد خسرت الطفل!» وهذا يعني عملية أخرى لتمديد وتجريف الرحم. وكان هذا إسقاطي الثاني واردت أن أعرف سبب حدوثه. وبقيت أسأله «هل يجب أن اترك عملي؟ هل يجب أن أرتاح في السرير؟» ولكن موقفه كان «هناك القليل مما يمكن عمله قبل إسقاطك للمرة الثالثة». وقال طبيبي أنه سيعطيني دواء للبروجسترون وللغدة الدرقية في المرة القادمة.

المرة الثالثة صرت حاملاً بسهولة كبيرة. ولكن هذه المرة كنت حذرة بالفعل. حتى أني شربت الكثير من الحليب! ففي الوظيفة حيث الحمل مع الأطفال المعاقين، الذين يكونون بحاجة إلى العطف، لم أكن مستعدة على حمل أي واحد منهم. وكنت أرتاح من الساعة الثالثة بعد الظهر حتى صباح اليوم التالي. وكنت أتناول البروجسترون والفيتامينات المتعددة من وقت فحص الحمل. ولكنني كنت حطاماً عصبياً. واجرى الطبيب هذه المرة التصوير الفوق السمعي بوقت مبكر. ولكن بالرغم من كوني حذرة جداً جداً فقد بدأ السيلان في البيت. ذهبت إلى الطبيب وقال أن الأمر لا يبدو على ما يرام من خلال التصوير الفوق السمعي. وكان عليه أن يجري عملية تمديد وتجريف الرحم مرة أخرى. وحاولوا هناك فحص الكروموزومات عند الجنين، ولكنهم لم يستطيعوا إنماء الخلايا. وذهبنا أنا وزوجي للاستشارة الوراثية ووجدنا أننا طبيعيان. واقترح الطبيب أنه في المرة القادمة سوف يزيد من مستوى البروجسترون ويبدأ العلاج بفترة مبكرة.

لقد عدت إلى العمل، فعلى الأقل كان الأطفال هناك يحبونني كثيراً. ولكن في عودتي إلى البيت بالسيارة كنت أبكي بشدة. وكان زوجي دائماً يقول أنه علي رؤية أحد يساعدني في الاكتئاب. فاتصلت بإحدى الجمعيات

في نيويورك ولكن اجتماعاتهم كانت بعيدة جداً عن مكان سكني، وشعرت أن القيام بذلك المجهود قد يزيد من حالتي سوءً.

وبدأ الأصدقاء يقدمون لي الأسماء المختلفة للأطباء كي أذهب إليهم. ولكني لم أعرف أي واحد اختار. فطبيبي يعاملني بالطريقة ذاتها. وكل ما كان يقوله هو «سيكون لك طفل، لا تقلقي. فما زلت شابة».

وقد تحدثت مع زوجي عن تقديم طلب للتبني. وفي الواقع سجلت اسمي عند وكالتين لهذا السبب. وتمنينا أن تساعدنا هذه الحيلة القديمة، أي الاطمئنان أن اسمنا مسجل عند الوكالة، في انجاب طفلنا الخاص.

بعدها صرت حاملاً للمرة الرابعة، ودام الحمل حوالي الشهرين عندما بدأ السيلان. وأظهر التصوير الفوق السمعي ثانية أنه لا يوجد نبض في قلب الجنين. وكان الطبيب يفحص دمي لمعرفة مستويات البروجسترون، وقد حذرني سابقاً من أن الحمل لا ينمو بالشكل الذي يجب أن ينمو فيه.

عند ذلك، اخترت موعداً لزيارة طبيب متخصص، وقد كان لطيفاً جداً وعاملني بعطف. فعمل جدولاً لكل الأشياء التي سيقوم بها. أي أنواع الفحوص التي يمكن إجراءها. وحتى أنه ذكر مسألة المناعة، وقد أجرينا ثلاثة أو أربعة فحوص على الفور. إضافة إلى واحد لزوجي. وتم تنظيم عملية فحص عينة من بطانة الرحم. وبعد الحصول على النتائج، تم فحصنا لمعرفة ما إذا كنا مؤهلين لعملية التمنيع.

وكان ذلك عصبياً جداً لأن زوجي يكره الأبر، وهناك سلسلة غير متناهية من فحوص الدم. وعدنا ثانية إلى عيادة الطبيب وتم إرسال عينات الدم تلك الليلة إلى فيلادلفيا. ووجد أننا مؤهلون لعملية التمنيع، وذهبنا

أخيراً إلى فيلادلفيا لهذه الغاية. وهناك تم إجراء المزيد من فحوص الدم عندي وعند زوجي، بالإضافة إلى فحص مصدر للإيدز في دم زوجي لأن العملية تقتضي نقل دمه إلى جسمي. وفي صباح اليوم التالي أخذوا مقداراً من دم زوجي. بعدها أمضينا اليوم كالسواح نتجول في فيلادلفيا. وعند المساء، تم حقني بكريات الدم البيضاء من عند زوجي. فقد كان ذلك سائلاً أبيضاً صافياً. ووضع الطبيب أربع نقاط في مواضع صغيرة على جلدي وحقن الباقي في الوريد. بعد ذلك نمت طفرة على الجلد تثير الحك كما حذروني سابقاً. وأخبرنا الطبيب أنه إذا بإمكاننا أن نحقق الحمل بظرف شهر عندها يكون لدينا فرصة تصل إلى 75 بالمئة لحدوث حمل طبيعي وسليم. أما إذا استغرق الإخصاب وقتاً أطول فقد يكون علينا أن نكرر عملية التمنيع.

بعد ذلك أصبحت عصبية جداً. فقد كان هناك ضغطاً حقيقياً لتحقيق الحمل. ووجدت نفسي أصرخ في وجه زوجي إذا تأخر عن الوقت المحدد في «اليوم» المحدد فقد تملكتني فكرة الحمل، واحضرت عدة الفحص للتأكد من الإباضة. وأخيراً ذهبت لرؤية الطبيب المتخصص بوقت مبكر بخصوص عدوى في المهبل. واقترح أن نجري فحص الحمل في ذلك الوقت.

وعندما جاءت الممرضة وقالت أن النتيجة إيجابية، أحسست بفرح عظيم. وبدأ أن الجميع هناك شعروا بالفرح لأجلي مع أنهم لا يعرفوني حق المعرفة. ما أعظم الفرق الآن! بعدها أخبرني الطبيب أن أذهب إلى البيت وارتاح قدر الإمكان. واتصلت بالوظيفة واخبرتهم أني لن أذهب ــ ربما إلى الأبد ــ لأني مغادرة لبضعة أشهر. وبعدها تمنينا أن يكون لنا طفل!

لقد كانت الراحة السريرية قاسية. وكنت عصبية المزاج طوال النهار.

وانتقلت إلى منزل والدتي كي انعم بالرفقة. وكان زوجي ممتازاً ومسانداً جداً. ولكني كنت قلقة على كل شيء. فإذا قمت كثيراً إلى المرحاض، أو نزلت السلم بسبب الجوع، ولم يكن هناك أحد في البيت، هل أنا أعمل كثيراً؟ في هذه الحالة هناك نزعة للمبالغة في الأشياء. وكنت خائفة أيضاً لأنه لم يعد لي وظيفة أعود إليها. وماذا لو خسرت الطفل وكان علي البحث عن وظيفة جديدة؟ وكان ذلك يجعلني منزعجة بشكل مضاعف.

وكانت الأيام طويلة جداً، وكنت أنام كثيراً. ومن الأسبوع السادس إلى الشهر الثالث كنت أيضاً مريضة جداً. ومع أن الطبيب اخبرني أن ذلك طبيعي، فقد كنت قلقة من تأثيرات المرض. فإذا كان صدري أقل حساسية مما كان عليه في اليوم السابق. كنت ارتعب. وكنت اتصل بعيادة الطبيب أربعة أيام في الأسبوع بشأن اسئلتي ومشاكلي. وكان العاملون هناك لطفاء معي. فإذا شعروا بعدم الاطمئنان من اسئلتي كانوا يطلبون مني أن احضر لإجراء التصوير الفوق السمعي. ومتى امكننا رؤية نبض قلب الجنين على الشاشة، كنت اشعر بتحسن. ولكن الأمر كان جارحاً، لأن هناك أربعة وعشرون ساعة في اليوم أفكر واقلق خلالها.

وبعد شهرين من الحمل، بدأ سيلان الدم مرة أخرى وصرت بحالة هستيرية. وزاد الطبيب جرعة البروجسترون وبعد ساعات توقف السيلان بالفعل وذهبنا لاحقاً لإجراء التصوير الفوق السمعي وكان كل شيء على ما يرام. فذهبت إلى البيت وحتى أني رفعت قدماي عالياً هذه المرة.

وكان هناك مسألة فحص بزل السلى. هل نجازف ونجري هذا الفحص. بينما نحن نرغب في الطفل بشكل هائل؟ كان ذلك خياراً

صعباً. لقد قمنا بكل شيء في حالات الحمل الخمسة السابقة كي نحافظ على الأطفال، والآن سيكون لي فرصة واحدة من أربعمائة في أن يكون بزل السلى هو سبب الإسقاط. ولكني حقاً لم أريد أن أنجب طفلاً عنده مشاكل رهيبة. فعملي هو مع الأطفال المعاقين وأعلم ما هي الصعاب التي يواجهونها.

في الشهر الخامس، قال طبيبي أنه يمكنني تخفيف الراحة، وربما حتى الخروج للعشاء. ولذلك بدأت أنزل السلم بتناول الوجبة المسائية مع زوجي وأهلي. وبعد شهرين سمحت لنفسي أن أخرج للعشاء. وذهبنا مرتين وكان ذلك فقط لأبرهن لنفسي أنه ليس من السهل خسارة الحمل الطبيعي كما كنت أخاف، وحتى أننا تورطنا بحادث سير في إحدى هذه المناسبات ــ وكنت على ما يرام.

لم أخرج ثانية للعشاء ولكنني أمضيت وقتاً أطول اتمشى في أرجاء البيت. في النهاية، تجاوزت المدة المستحقة بعشرة أيام. وكان الطبيب يعاينني مرتين في الأسبوع عندها. وبقي الطبيب لطيفاً، خدوماً ومطمئناً. وكنت اخضع لفحوص خالية من الضواغط على مرقاب الجنين لأن الطفل بدا أنه يتحرك بدرجة أقل. بعد ذلك وفي صباح يوم من أيام الآحاد، بدأ سيلان الدم مع انقباضات خفيفة. وعلمت أن المخاض قد بدأ. وولد الطفل في ساعة متأخرة من الليل وكان سليماً يزن ثمانية أرطال وأربع أونصات.

ما زلت لا أصدق ذلك. بعد كل العذاب، أنه هنا! أنه لي... وكنت أقف لساعات أراقبه وهو نائم.

في النهاية، إذا كان هذا الحمل الناجح نتيجة لعملية التمنيع أو للراحة السريرية التي دامت عدة أشهر، فلن نعرف ذلك أبداً. وفي

الحقيقة نحن نخطط لطفل آخر، ربما بمهلة سنة. وكان أمر جيد أن نبدأ في سن مبكرة، أليس كذلك؟

تأثير التجلط عند بعض المضادات الحيوية

كما ذكرت في بداية هذا الفصل، أن عدم قدرتك تمييز نسيج زوجك كنسيج غريب، وبالتالي إنتاج العامل المحصر اللازم، ليس هو الخلل الوحيد في المضادات الحيوية الذي يؤثر في الإسقاط. فنحن نعلم أيضاً أن هناك مشكلة أخرى في المناعة قد تنشأ عندما يكون لدى الحامل ما يسمى مضادات الشحميات الفسفورية التي تعزز تجلط الدم. وقد تم الآن اكتشاف أن الإسقاطات المتكررة قد تكون ناتجة عن هذه العوامل التي تسبب حالات من التجلط المفرط. وهذا مجال جديد للأبحاث التي قد تشرح سبب حدوث العديد من الإسقاطات السابقة.

أما الفارق الأساسي بين هذين النوعين من الإسقاط فهو أن النوع الذي يتضمن مضادات الشحميات الفسفورية ليس له أي نمط ثابت ولكنه غالباً ما يحدث في فترة متأخرة من الحمل، أكثر من الإسقاط الذي يتضمن العامل المحصر. وهكذا، فإذا حدث لك الإسقاط في المرحلة الأولى أو الوسطى من الحمل ولم يكن لديك أي تشويهات في الرحم ولا عنق رحم غير كفؤ أو أي سبب واضح، عندها يمكن إجراء فحوص خاصة للدم للبحث عن هذه المضادات التي تعزز عملية التجلط.

فمشكلة المناعة تعني أن المضادات الحيوية عند الأم ستهاجم بعض المواد الدهنية على سطوح الخلايا التي تعرف بالشحميات الفسفورية. وبدورانها تنتج هذه الخلايا فائضاً في التجلط. وقد أصبحت مهنة الطب على علم بهذه الحالة منذ أربع أو خمس سنين فقط. ولكننا الآن نعلم أن

التجلط المفرط يمكن أن يسبب انسداداً في الأوعية أو الشرايين الصغيرة، خاصة تلك الموجودة في الرحم أثناء الحمل، وهذا الأنسداد يمنع الجنين من الحصول على «طعامه» من الدم والأوكسيجين. وإذا حدث ذلك فإن الجنين سيموت في أي وقت قبل الأسبوع العشرين. ويبدو الأمر كأن حنفية قد أقفلت.

هذه المضادات للشحميات الفسفورية التي تمت دراستها بشكل كثيف. والتي تم تحديدها تسبب لخسارة الحمل المتكررة، هي مضاد كرديو ليبين (Anticardiolipin) ومضاد التجلط الذأبي (Lupus anticoagulant) وقد تمت أيضاً دراسة عوامل الدم الأخرى التي قد تعزز التجلط وتكون بالتالي سبباً في الإسقاط. فعلى سبيل المثال، قد يكون تعداد صفائح الدم المرتفع سبباً في الإسقاط. (وصفائح الدم هي عوامل في تجلط الدم مهمة جداً في عملية التجلط الطبيعية، ولكن إذا زادت عن حدها، يمكن أن تقود إلى الحالة المعروفة بكثرة الصفائح ـ (Thrombocytosis). أما تأثير كل هذه المضادات الحيوية فهو في منع نمو المشيمة وانتقال الغذاء إلى الجنين. ونحن نعلم، مثلاً، أن النساء اللواتي لا يملكن المضادات الحيوية يحملن بشكل أفضل من اللواتي يملكن هذه المضادات، وهكذا فإن هذا النوع من الاستقصاء يبدو مهمًا للغاية.

وعند وجود المضادات الحيوية تهدف المعالجة إلى تقليل كل من مستوى المضاد وكمية التجلط. وأولاً يجب عزل كل الأسباب المعروفة للإسقاط. ويتم الفحص بأخذ عينة من دمك وإرسالها إلى المركز حيث يتم إجراء هذا النوع من الأبحاث. فإذا كانت نتيجة الفحص إيجابية بشأن أي من هذه العوامل، هناك عدة أنواع من المعالجة متوفرة ويعتمد ذلك على الأنواع المختلفة من المضادات الحيوية.

وعادة يصف الطبيب قرص من أسبرين الأطفال في اليوم، والذي

يساعد على إبقاء الدم «رقيقاً». وترافق ذلك مع حقن يومية من مضاد للتجلط يدعى هيبارين (Heparin). وهذه المعالجة يجب أن تبدأ حال تشخيص الحمل. وإذا كانت مستويات المضادات الحيوية عالية جداً. عندها يمكن تناول أسبرين الأطفال من وقت الإباضة قبل حدوث الحمل التالي. ويجب أن تستمر المعالجة حتى نهاية الحمل، مع أن تناول أسبرين الأطفال عادة ما يتوقف بوقت مبكر. لأن تأثيره المضاد للتجلط يستغرق بعض الوقت كي يزول. وبالمقابل يمكن متابعة تناول الهيبارين إلى الشهر التاسع، لأن تأثيره يعكس بشكل سريع من قبل الجسم. وحتى الدخول في المخاض وأنت لا تزالين تأخذين الهيبارين لا يجب أن يسبب أي مشكلة.

إلى أي مدى تكون هذه العقاقير آمنة في فترة الحمل؟ هناك خلاف حول تناول الأسبيرين أثناء الحمل بسبب ارتباطه المزعوم بتشوهات الولادة. ولكن لا يوجد الارتباط ذاته مع أسبرين الأطفال، الذي هو آمن في الحمل. أما الهيبارين، فمن المعروف أنه لا يعبر المشيمة وهو يستعمل بشكل آمن في الحمل. وبالطبع، بينما تستعملين هذه المضادات للتجلط ستكونين تحت الإشراف الطبي المركز. ويتم فحص تجلط الدم بشكل منتظم من قبل اختصاصي الدمويات. وهذه المعالجة لا تضعك في موضع المجازفة في حال حصلت لك الجروح والرضات في حياتك اليومية. وفي الواقع فإن التأثير على تجلط الدم العادي عندك يكاد لا يلاحظ.

وتعطى حقن الهيبارين عادة بواسطة الأم أو الزوج بعد التدريب الخاص من الطبيب أو اختصاصي الدمويات. وهذه الحقن يجب أن لا تكون موجعة. ولكنها قد تسبب بعض الرضوض حول موضع التحقن. وفي بعض الأحيان، يتم استعمال عقار اسمه بردنيسون (prednisone)، وهو نوع من الكورتيزون، بدلاً من الهيبارين. وقد يتم اختيار هذا العقار

إذاً بعد فحص الدم. لم يكن للهيبارين التأثير المطلوب. ولكن البردنيسون له عوارض جانبية. ولـذلك فـالهيبارين هـو المفضل عـادةً. ولكن يجب الاعتماد على نصيحة الطبيب. وإذا كنت تستعملين الهيبارين أو البرديسون قد تحتاجين إلى تناول بعض الكالسيوم أثناء فترة الحمل.

إن هذه النظرية في المضادات الحيوية والنظرية التي تتضمن نبذك للجنين تشكلان- حقلاً جديداً على الاطلاق للاستقصاء، ويجب أن تتذكري أن هذا النظام من العلاج ليس جديداً فقط ولكنه ما زال قيد البحث أيضاً. ويظن أن العوارض الجانبية لهذه الطرائق من العلاج هي طفيفة جداً ــ ومـع أن الأدوية تستعمل في حالات الحمل الروتينية. فإذا كنت تعانين من الإسقاط المتكرر ستوافقني على الأرجح أن الأمر يستحق المجازفة الصغيرة والمدروسة في تناول الدواء بهدف الوصول إلى الهدف الأهم في الحمل القادم.

هنا سأعيد تقديم دبـي، التي التقيناها في الفصـل الأول، حيث تحدثت عن الحزن الذي تحمله الأمهات المسقطات معها طوال حياتها. الآن يمكننا أن نتعمق أكثر في قصتها، فدبـي الآن تعالـج بالهيبارين وأسبرين الأطفال من أجل مضاد الكارديوليبين.

وعند دبـي طفلة في الرابعة من العمر. ولكن منذ تلك الولادة، قد عانت من ثلاثة إسقاطات. وكقصص النساء العديدات في هذا الكتاب، فإن قصة دبـي هي قصة الاحباط. ولكن مـع المزيد من المعرفة، تأمل أن يقل عدد الإسقاطات المتكررة.

«تعيشين يوماً بيوم ليس إلا وتفعلين ذلك من أجل الطفل»

عندي الآن طفلة واحدة كانت نتيجة حملي الأول مـع إسقاطي الأول كنت فيها يقارب الشهر الخامس. وكان ذلك آخر شيء توقعت حدوثه.

وبكيت كثيراً في البيت ولكنني تعاملت مع حزني وحيدة. فلم أكن أريد أن أزعج زوجي أو ابنتي حيث لا ضرورة لذلك. وعندما أخبرت طبيبي اقترح أن أصبح حاملاً مرة ثانية. وفكرت أن كل شيء سيكون على ما يرام في المرة القادمة.

وصرت حاملاً ثانية، ولكن بعد شهرين فقدت الحمل. وبدأت أشعر بالرعب. يقولون أن مرة واحدة هي عادية. ولكن مرتان؟ وفي المرة القادمة قررت أن أتاكد من سلامة كل شيء. وهكذا ذهبت إلى اختصاصي في الخصوبة والإسقاط. وذهبت لرؤية هذا الاختصاصي وقلبي مليء بالأمل لأنني كنت بحالة يرثى لها. وكنت حقاً على استعداد لأفعل أي شيء يطلب مني. وذهبنا أنا وزوجي لإجراء العديد من الفحوص. بعدها انتظرت ثمانية عشر شهراً لأنني كنت خائفة من المجازفة في حصول الحمل مرة أخرى.

وكان قراري الآخر أن أجري عملية ربط للبوقين. وشعرت أنه بوجود أبنتي من الأفضل أن أترك الأمور على طبيعتها. وحال أخذ موعد العملية، غيرت رأيي وقررت أن أعطي الحمل فرصة أخرى.

وبعد المزيد من الفحوص ظهر أنه عندي مستوى عال من مضادات الكارديوليبين في الدم. وصرت استعمل أسبرين الأطفال حالما تم الإخصاب. وفي الأسبوع الثامن أمكننا رؤية نبض قلب الجنين على الشاشة، وبدأت تناول الهيبارين. وكان علي أن أحقن نفسي مرتين في اليوم بالهيبارين، لتجنب تجلط الدم. وقد علمنا الطبيب كيف نجري ذلك، ولكن لو ترون رجلاي فقد كانتا في فوضى حقيقية من آثار الأبر! وكنت لا أزال اتناول أسبرين الأطفال يومياً. ولكن، كما أعتقد، هذه الأدوية لم تكن مشكلة عندي أبداً. فللحصول على طفل سليم بالنهاية، كنت على

استعداد لأن أعلق نفسي في السقف أربع مرات في اليوم إذا طلب في ذلك.

وأنا أذهب لإجراء التصوير الفوق السمعي المنتظم حيث يتحققون من المشيمة واشعر باطمئنان أكبر عندما أجري الفحص. والآن أنا في الشهر الخامس عشر وأصلي بجد. وبغض النظر عن الثقة التي أشعر بها، فأنا لا أزال خائفة. ولكن كل شهر يكون خطوة إلى الأمام. فأنت تعيشين يوماً بيوم ليس إلا وتفعلين ذلك من أجل الطفل.

وبالطبع فأنا قلقة من علامة الأسبوع الثاني والعشرين. ويراقب الطبيب كل شيء. وكل أسبوعين يقوم بفحص عوامل التجلط في الدم. وكنت استعمل تحاميل البروجسترون أربع مرات في اليوم، وحقن البروجسترون مرتان بالأسبوع حتى الأسبوع الثاني عشر من الضمان. وكنت قلقة بشأن تأثير الهيبارين على الطفل ولكنهم أخبروني أنه لا يتجاوز المشيمة كي يصل إلى الطفل. وكذلك كنت قلقة بشأن قرص أسبرين الأطفال (الذي هو ربع الأسبرين العادي). فأنا أكره تناول العقاقير أثناء الحمل.

والآن يتحدث الطبيب عن فحص بزل السلى. وأنا خائفة فإذا، لا سمح الله، حدث أي مكروه، لا أعلم ماذا سأفعل. فأنا لا أفضل المجازفة بالحمل في هذه الطريقة علمًا أنني وصلت إلى هذا الحد من فترة الحمل.

فلم أشف قط من صدمة خسارة أولئك الأطفال. ومن ناحية نفسية فأن الأمر صعب للغاية. فكنت لا أقدر أن أحمل أبنتي كما أشاء. فكنت أصبح عصبية إذا ضُرِبْت على المعدة. ولم أعد أريد ممارسة الجنس. فمنذ بداية هذا الحمل انقطعنا أنا وزوجي عن المجامعة. فكنا خائفين من فعل

شيء لا يجب أن نفعله. وكنت أذهب لممارسة رياضة البولينغ للاسترخاء ولكني الآن أرافق زوجي.

وقال لي الأطباء أنه ليس من الضروري أن أكون حذرة إلى هذا الحد، وأنه بإمكاني العيش بشكل طبيعي، لأنهم يظنون أن السبب في إسقاطي هو تجلط في المشيمة ناتج عن عامل التجلط في الدم. ولكن قبل أخذ الطفل بين يديك، لا يمكنك محو ذكريات الإسقاطات الأخرى، والشعور بالرضى. لحسن الحظ، كنت على اتصال مع امرأة من جمعية دعم حالات خسارة الحمل. هذه المرأة كانت تستمع إلى وتطمئنني أنه من الطبيعي أن يكون هناك الكثير من المشاعر السلبية والمخاوف. وكذلك ساعدني التحدث معها في تخفيف الضغوط والتوترات بيني وبين زوجي. فقد ساعدنا ذلك في التعاون بشكل أفضل.

الفصل السادس

هل المشكلة هي في الكروموزومات؟

الضرر الكروموزومي للجنين؟ هذه الفكرة تنهش بقوة عقل الرجل والمرأة العاديين عندما يخسران طفلاً عن طريق الإسقاط. ويفترض معظم الأزواج أن الطفل الذي يفقد بشكل تلقائي يكون مشوهاً إلى حد ما. وتراود بعض الناس الأحلام والكوابيس أن هذا الطفل كان وحشاً. وفي الحقيقة هناك تفكير شائع أن الإسقاط هو من قبيل «التنظيم النوعي» للطبيعة؛ أي أنها تدمر تلقائياً الأطفال الغير كاملين بشكل كافٍ لأن يولدوا.

ولكن هناك سوء فهم في هذا، بالأقل للأزواج السيئي الحظ الذين قد حدث الإسقاط عندهم عدة مرات. فالخلل الكروموزومي يرجح أن يكون سبباً في أول إسقاط. والذي يحدث قبل الأسبوع الثاني عشر. وفي الحقيقة كان هناك حوالي الخمسين بالمئة من الإسقاطات الأولى المبكرة تكون ناتجة عن مشاكل كهذه. ولكن الإسقاط الثاني أو الثالث فمن غير المرجح أن يكون له السبب ذاته لأن التشويه الكروموزومي ليس بالضرورة أن يكون مشكلة متكررة.

وهنا يجب إجراء الفحص الوراثي لمحاولة إيجاد سبب هذه الإسقاطات المتكررة. ويجب كذلك فحص نسيج الجنين إذا أمكن احضاره بوقت قصير إلى المختبر، وبهذه الطريقة إذا كان النمط النووي ـ أي

التخطيط الكروموزومي (انظر شكل 11) ـ طبيعياً يمكنك أنت وطبيبك البحث عن أسباب أخرى. وبكلمة أخرى إذا كان هناك ضرر كروموزومي عندها سيكون حملك اللاحق آمنا وسالماً بما أنه من غير المرجح تكرار التشويه الكروموزومي.

ما الذي يسبب حدوث المشاكل الكروموزومية؟

إن سن الأمومة المتقدم هو أكثر الأسباب شهرة. والسبب غير مفهوم تماماً. ولكن كما ذكرت في الفصل الرابع فالبويضات عندك عند الأم، قد تظهر آثار التقدم في السن. ولا يبدو أن هناك أي علاقة لذلك مع تناولك لحبوب منع الحمل ولا أي إرتباط بجنس الجنين. ولكنها في الواقع أسطورة أن هناك أطفالاً ذكوراً أكثر من الإناث يفقدون نتيجة للإسقاط.

ومن المحتمل أيضاً أن تحدث المشاكل أثناء عملية التلقيح الغامضة، ونشوء الالتحام الاعجازي للنطفة والبويضة اللذين ينجحا في تركيب إنسان جديد.

وعندما يحدث التلقيح أثناء الإباضة يتم عادة تلقيح بويضة واحدة بنطفة واحدة في بوق فالوب. فالأمر يبدو بسيطاً ولكنه في الواقع معقد جداً لأنه قبل الإخصاب يجب أن تنقسم الكروموزومات في كل من خلايا البويضة (الانتصاف) بحيث تحتوي كل واحدة ثلاثة وعشرين كروموزوماً فقط (نصف العدد عند الإنسان). وبعدها عندما تتصل يكون عندها العدد الطبيعي للكروموزومات 46. أما إذا حدثت المشاكل أثناء هذه العملية فالتشوهات الكروموزومية قد تحدث وتقود بدورها إلى الإسقاط.

ولكن افرضي أن الطبيب نصح بأن تخضعي أنت وزوجك لفحص وراثي أو أن الأنسجة الناتجة عن الإسقاط قد أرسلت إلى مختبر الوراثة للفحص الكروموزومي فعن أي معلومات سيبحث طبيبك؟

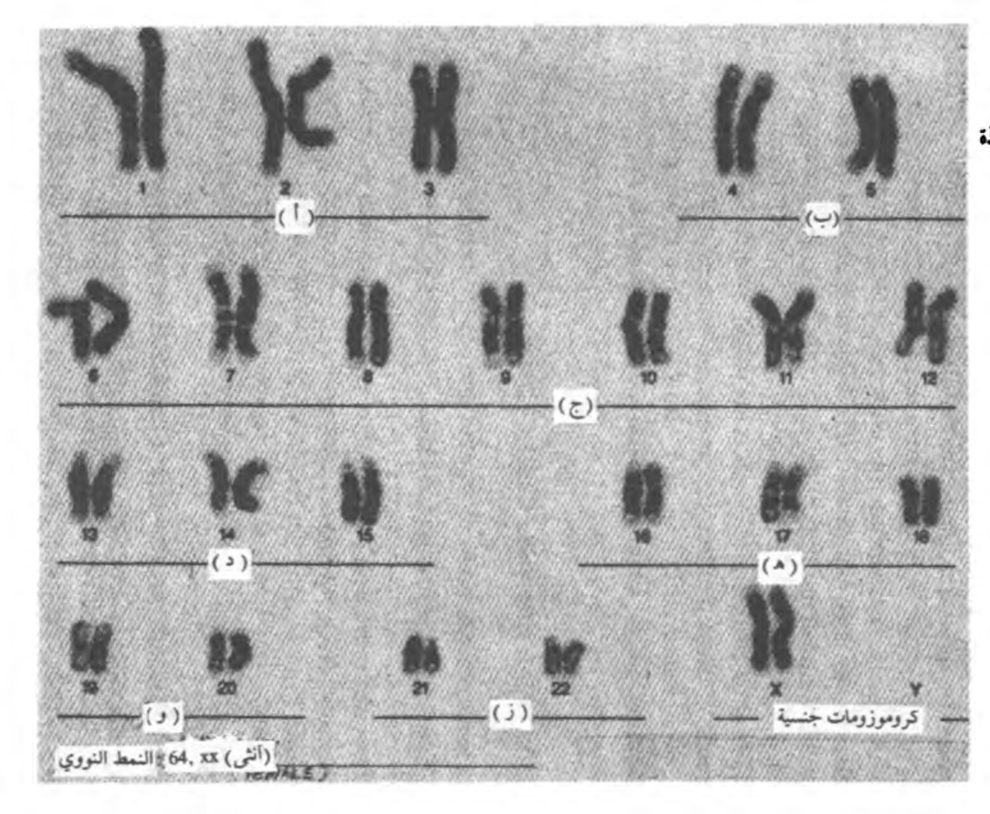
حياة الكروموزومات والجينات

تتركب أجسامنا من ملايين الخلايا الحية والميتة والمتغيرة دائمًا. بعض الخلايا يعيش لبضعة أشهر واخرى لمدة سنين. فخلايا بويضة المرأة مثلاً، يمكن أن تحيا لمدة خمس وأربعين إلى خمسين سنة. وكل هذه الخلايا في الجسم تحتوي على الكروموزومات التي هي تركيبات طويلة تشبه الخيطان والتي تعمل بشكل أزواج تبدو أحياناً كالذراعين. أما الجينات التي تحوي شفرة الـDNA التي تدمغ الخصائص الجسدية كلون الشعر والعينين، فئة الدم وحتى شخصياتنا، فتكون موجودة على شكل مئات النقط المتناهية الصغر على الكروموزومات.

وبخلاف الجينات يمكن تمييز الكروموزومات تحت المجهر. وفي الثمانينات من القرن الفائت تم إكتشاف أن هذه التركيبات التي تشبه الخيوط يمكن أن تمتص نوعاً خاصاً من الصبغة وبالتالي تصبح مرئية. (ويشتق اسم الكروموزومات من كلمتين يونانيتين، **كروما** تعني اللون، **وسوما** تعني جسم). ومع أننا الآن نستعمل التقنيات المتطورة جداً فالأساس يبقى ذاته. فالكروموزومات تصبغ وتعاين تحت المجهر. ويتم التأكد من عدد الأزواج التركيب الصحيح وإمكانية الخلل في الكروزومات الفردية.

كل واحد منا عنده 46 كروموزوماً في كل خلية. إثنان وثلاثين من الكروموزومات عندك هي من عند الأب، بما فيها كروموزوم جنسي من الأب وواحد من الأم. فإذا ورثت كروموزوم 1 x و 1 y تصبح ذكراً؛ 2 x تصبح أنثى (انظر شكل 11).

وهكذا يكون عند كل فرد إثنان وعشرين زوجاً يقال لها الأوتوزومات بالإضافة إلى كروموزومي الجنس الخاصين (xأو y) حيث يصبح العدد



الشكل (11)
صورة لمحتوى الكروموزومات الطبيعي في خلية الإنسان، مأخوذة عبر فحص بزل السلى.

46 . وكما ذكرنا سابقاً خلال عملية الانتصاف التي تحدث لحظة الإخصاب يكون لكل خلية إثنان وعشرون أوتوزوما بالإضافة إلى كروموزوم جنسي واحد بحيث أنه عندما يتصل البويضة والحيوان المنوي يشكلان وحدة كاملة فعندما يكتب الشعراء الرومنسيون عن الوقوع في الحب، حيث يقصدون أنهم قد وجدوا «النصف الآخر» للكل، يكونون فعلاً على حق! .

إن الانتقاء العشوائي هو الذي يحدد الخليتين مع الجينات الخاصة الملتصقة بالكروموزومات، التي ستلتقيان وتتزاوجان، السبب الذي يجعلنا كلنا مختلفين بشكل فريد. فالمشاكل الوارثية إذن تتحرك من لحظة التلقيح عندما تلتقي الجينات وتتزاوج.

أما العملية الأخرى المهمة في إنقسام الخلايا فهي **الإنقسام الفتيلي** والذي يحدث بظرف إثني عشر ساعة إلى أربع وعشرين بعد التقاء البويضة والنطفة هذه العملية تحدد بداية التكاثر الثائر للخلايا حيث تبدأ اللاقحة بالنمو. في هذه المرحلة يمكن لبعض الكروموزومات أن تفقد أو تنكسر، أو في حال وجود واحد إضافي قد يقود ذلك إلى التشويه. وهذه الأنواع من التشويه تسقط عادة بوقت مبكر، وكما أكدت سابقاً فهذه لا تحدث ثانية ويتوقف الأمر على التركيب الدقيق للكروموزومات.

أي تشويهات قد تحصل؟

هناك عدد صغير جداً من الأزواج الذين يعانون من الإسقاطات المتكررة ــ والحديث عن ثلاثة إلى خمسة بالمئة فقط منهم ــ قد يكون عندهم في الحقيقة تشويه في الكروموزومات الخاصة بهم، عند أي من الشريكين والذي لا يؤثر في حياتهم ولكنه قد يؤثر في الجنين. فمثلاً قد لا ينعكس التشويه في الكروموزومات في مظهرك ولكنه إذا أثر في عدد الكروموزومات

في خلية البويضة عندها يمكن أن يسبب مشكلة عند حصول عملية الانقسام الفتيلي.

إحدى مريضاتي كان عندها حالة نادرة خاصة من سوء التمركز في الكروموزومات. لقد انزعجت كثيراً لدى سماعها ذلك واحتاجت إلى الكثير من التطمين أنها طبيعية بكل معن الكلمة ـ وليست شيئاً استثنائياً. ولكن طريقتهما الوحيدة لمحاولة إنجاب الأطفال الأصحاء لسوء الحظ، كانت في متابعة المحاولة ليس إلا. وكان عليهما أن يتحملا الإسقاطات المتكررة حتى نجح إخصاب في مقاومة هذه المشكلة. وكانت فرصتهم في إنجاب طفل صحيح وطبيعي جيدة. والجزء الحزين هو أنه في حالة نادرة كهذه لا يمكن فعل أي شيء لتجنبها أو لمعالجتها. في هذه المرحلة ليس هناك من طريقة تخولنا تغيير البنية الكروموزومية في الجسم. ويوماً ما في المستقبل، ومن خلال العمل الذي يجرى الآن في برامج التلقيح داخل الزجاج سوف يمكن استخلاص المعلومات الوراثية من البويضة الملقحة وبالتالي اعطاء العلاج الوقائي.

وبالمثل فقد كانت مريضة أخرى سعيدة بانتظارها مولودها الأول ولكنها إكتشفت بحزن شديد بعد فحص بزل السلى أن في عمر الثالثة والاربعين عندها تعدد في كروموزومات الجنس 47 xxx. وكان علينا اخبارها أنه بالرغم من أن هكذا أطفال يبدون طبيعيين إلا أنهم يكونون مختلين عقلياً. وكان القرار صعباً جداً عندها. ولكنها قررت إجهاض الحمل. ومرة أخرى فإن لدى هذه المرأة فرصة جيدة في حمل طبيعي المرة القادمة.

إن تعبير نقل الموقع قد يطرق سمعك في مناقشة الكروموزومات. في هذه الحالة يكون هناك العدد الصحيح من الكروموزومات ولكن الأجزاء تكون متصلة بشكل غير صحيح. فمن الممكن أن تكوني قد

ورثت هذه المشكلة من أبيك أو أمك. ولكن تم تصحيحها عندك في الإخصاب أما إذا أصابت زوجك المشكلة ذاتها عندها يمكن أن تكون سبباً في الإسقاط عندكما كزوجين. وهذه حالة نادرة ولكن يجب أن يتم الفحص بشأنها.

إن معظم الأهل هم على علم جيد بتشوه الولادة الأكثر شيوعاً أي مجموعة عوارض داون، أو المنغولية، والتي تنتج عن كروموزوم إضافي عادة ما يكون رقم 21، حيث يصبح المجموع 47 بدلاً من 46. وتعرف هذه الحالة أيضاً بتثلث الكروموزوم 21. وتسبب مجموعة عوارض داون في الأطفال الذين يولدون أحياء طيات خاصة من الجلد في الزاوية الداخلية للعينين، لسان كبير بارز، يدان وأصابع صغيرة وكذلك تشوه في القلب العينين، الأذنين ودرجات متفاوتة من التخلف العقلي. ولكن العديد من هذه المضغات المشوهة تسقط بوقت باكر من الحمل.

متى يجب اللجوء إلى الاستشارة الوراثية؟

إذا أظهر فحص عينة من الجنين المسقط كروموزومات غير طبيعية سيعرف طبيبك كيف يعالج الحمل في المستقبل بالعناية والانتباه الفائقين. وسوف يطلب منك إجراء فحص بزل السلى أو فحص عينة من الزغابات المشيمية للتأكد من عدم وجود الخلل الكروموزومي في الجنين.

أما إذا كنت قد تجاوزت سن الخامسة والأربعين أو إذا كان زوجك قد تجاوز الخامسة والخمسين يجب أيضاً التفكير في الاستشارة الوراثية لسبب تأثير السن المتقدم.

أما الأزواج الأقرباء جداً ـ كأبناء العم الأول، وابناء العم الثاني ـ يجب أيضاً أن يفكروا بهذه الاستشارة. فعند أبناء العم الأول يكون ثمن

الجينات مشترك. وقد يكون عندنا كلنا عدة جينات مشوهة متنحية في خلايانا والتي سوف تسبب خللاً فقط إذا قدر لأحد هـذه الجينات أن يتزاوج مـع جينات مشابهة عند الشريك. فمثلاً في حالة الرجل الذي عنده جينات منتجة للتليف الكيسي يكون هناك فرصة واحد من أربعمئة أن يتزوج إمرأة تحمل الجينات ذاتها، عند اختياره لشريكته من تعداد السكان العام. ولكنه إذا تزوج ابنة عمه الأول تزداد النسبة من الواحد إلى الثمانية. وتزداد إمكانية حدوث التشويه الكروموزومي في أولادهما من واحد في 1600 إلى 1 في 32 من كل حمل.

وكذلك إذا كنت أنجبت سابقاً طفلاً عنده تشوهات وراثية، وحتى لو كان هذا الطفل من زواج سابق يجب عليك اللجوء إلى الاستشـارة لتقدير هذه المجازفة.

ماذا يحدث في الاستشارة الوراثية؟

سيسـألكما الـطبيب العديـد من الأسئلة حـول عـائلتيكـما عـائـداً إلى الماضي ثلاثة أجيال. وسيسألكما أيضاً عن التفاصيل الطبية عن أي فرع من عائلتك أو عائلة زوجك ـ عدد الإسقاطات، الولادات الميتة والأطفال الذين ماتوا في الصغر. وهناك نماذج مجانية تدعى سجلات العائلة الطبية والتي يمكن الحصول عليها وبذلك يمكنك أن تبدأي بتعبئتهـا في البيت تحضيراً لعملية أخذ التاريـخ العائلي.

أما إذا كان هناك أي دافـع لمزيد من الاستقصاء تؤخذ عينة من الدم منك ومن شريكك وترسل إلى المختبر وتفحص للتأكد من وجود أو عدم وجـود خلل في الإيض أو في الكرومـوزومات. وتستغـرق نتـائـج هـذه الفحوص بضعة أيام. وهذا التأخير هو من الوقت الذي يتطلبه استخلاص

كريات الدم البيضاء وزرعها في المختبر في طبق بتري. وعندما تبدأ هذه الخلايا بالانقسام والتكاثر. كما في العملية الموصوفة في الانقسام الفتيلي، يتم ضغط هذه الخلايا بحيث تنتشر الكروموزومات، ويتم تحديدها وبعدها تتم مطابقتها كأزواج.

أما إذا كنت حاملاً للتو، فيمكن لطبيب الوراثة أن يفحص خلايا الجنين الموجودة في السائل السلوي والمستخرجة بواسطة بزل السلى في حوالي الأسبوع السادس عشر. ويمكن أيضاً الحصول على خلايا الجنين للدراسة بواسطة تقنية جديدة تدعى فحص عينة من الزغابات المشيمية والذي يجري في فترة أبكر من الحمل (في حوالي الأسبوع التاسع) أي قبل فحص بزل السلى. وهذا هو مجال مدهش وسريع الانتشار في علم التناسل والذي قد يستفيد منه طبيبك.

وكما ذكرت سابقاً فإن بعض الأخبار المطمئنة لزوجين كانا قد اختبرا إسقاطاً مبكراً هي في أن يكون سبب مشكلتهما في الكروموزومات. وعند ذلك فلن تكونا بحاجة لإجراء الفحوص الأخرى لمعرفة الأسباب الممكنة للإسقاط. هذا بالإضافة إلى الحقيقة أن وجود مشكلة رئيسية في الكروموزومات عند كل من الزوج والزوجة هو أمر نادر جداً، هذه الأخبار يجب أن تجعل محاولتك القادمة في الحمل فترة أقل قلقاً بكثير.

العدوى كسبب للإسقاط.

إذا أصبت بزكام حاد، عانيت من الانفلونزا خلال الحمل أو أصبت بالحمى فإن ذلك هو من دواعي الخوف. وإذا أسقطي بعد ذلك فمن المرجح أنك ستظنين أن الفيروس هو سبب خسارتك للحمل، مع أنه ليس من الضروري أن يكون الأمر كذلك. في الواقع لدينا المعلومات الكثيرة حول الدور الذي تلعبه العدوى في الإسقاطات المتكررة. ومن

المدهش أن لا تكون العدوات الأكثر وضوحاً هي المتهمة الأكثر احتمالاً. ولذلك فقد يقترح طبيبك إجراء الفحوص للعدوى، والتي لم تسمعي بها قط والتي لا يظهر لها أية عوارض.

أما الأخبار الجيدة فهي أن العديد من هذه العدوات الغير ظاهرة العوارض يكون قابلاً للعلاج. وكذلك فقد أشير إلى بعض هذه العدوات كسبب ممكن للعقم. فعلى بعض النساء تناول سلسلة من المضادات الحيوية قبل حدوث الحمل وبعدها يتابعن استعمال المضادات لفترة من الحمل على الأقل. وقد يحدث يوماً أن يكون الحمل الفائت أو البويضة الفاسدة ناتجين عن العدوى.

ما هي هذه العلاقة بين العدوى والإسقاط؟ من المحتمل أن تسبب الكائنات الحية الإسقاط في وقت باكر حتى بعد الإخصاب مباشرة. فهذه المخلوقات الحية تلتصق بالنطفة وتهاجم البويضة عند التلقيح. أو قد تهاجم البويضة مخلوقات حية أخرى تعيش في أي من القنوات التناسلية عند الرجل أو المرأة إما مباشرة أو من خلال النطفة.

فالمعرفة والمهارات الجديدة في معالجة هذه العدوات هي عوامل أخرى في المعالجة الحاضرة للإسقاطات المتكررة. وكذلك هناك العديد من الأبحاث تجري حالياً حول العلاقة بين العدوات والعقم الناتج عن ذلك الإسقاط، وغيره من مشاكل الولادة كالمخاض المبكر. وهناك معلومات أكثر تأتي مع الوقت.

أما العلاقة الدقيقة بين عدوى معينة والإسقاط فليست دائمًا مثبتة. فالعدوى التي تظهر في الفحص بعد الإسقاط مثلاً قد تكون قد نشأت فقط بعد موت الجنين. ومن المعروف أن المهبل يحتوي دائمًا على كائنات حية، ومن حيث المبدأ يمكن لأي كائن حي أن يسبب العدوى في حال وصوله

إلى جوف الرحم. ولكن إبقي مطمئنة أن هذه الكائنات الحية لا تصل الرحم متى تثبت الحمل لأن حموضة المهبل الزائدة والسدادة المخاطية في عنق الرحم يقطعان عليها الطريق. وإذا كان إسقاطك نتيجة واضحة للمشاكل الرئيسية الأخرى يقطعان عليها الطريق. وإذا كان إسقاطك نتيجة واضحة للمشاكل الرئيسية الأخرى التي ذكرناها للتو، في هذه الحالة يكون من المهم أن تجري أنت وزوجك فحصاً للعدوى. أما إذا كان لديك مشاكل في الخصوبة، فقد يكون أن النطفة والسائل المنوي عند زوجك قد تم فحصها مسبقاً بشأن العدوى عند أخذ تعداد النطفات.

أما الآن سأسرد لائحة ببعض هذه العدوات التي يظن أنها تسبب الإسقاط، بعض هذه العدوات هو قديم والبعض الأخر هو إكتشافات حديثة.

داء الزهري

في فرنسا ومنذ بضعة قرون كان الزهري يدعى «المجهض الأعظم». أما الآن فمن المؤكد أن هذا الداء يسبب الإسقاط، وهذا نادر بالرغم من أن نسبة حدوثه بدأت بالارتفاع هذه الأيام. ويمكن له أن يصيب الجنين بأي وقت من الحمل ولكن بشكل خاص في البداية عند الإخصاب.

البلازما الفطرية (mycoplasma)

يسبب هذا الكائن الحي عدوات طفيفة وغير عرضية. أي أنها لا تحدث أي عوارض عن الأم. وفي هذه الحالة لن يظهر عندك أي علامات الخلل لأن البلازما الفطرية موجودة عند النساء المخصبات الطبيعيات. ويعمل هذا الكائن الحي على تسبب العدوى المزمنة في بطانة الرحم. فقد لاحظت ربما أن الإسقاط كان متبوعاً بحمى، وهذه علامة

دالة. وهذه البلازما الفطرية هي تقاطع بين البكتيريا والفيروس، وتعيش في القنوات التناسلية عند الرجال والنساء.

وقد تم تحديد البلازما الفطرية كسبب للإسقاط المتكرر في سنة 1973 فقط، عندما حددت إحدى الدراسات نوعاً مميزاً من البلازما الفطرية تدعى T-strain، ظهر عند عدة نساء عانين من الإسقاطات المتكررة.

وللفحص بشأن هذا الكائن الحي، تؤخذ عينة من بول الأم والأب بالإضافة إلى عينة أخرى من عنق رحم الأم. ويمكن أيضاً تشخيص هذه الإصابة بين حمل وآخر بواسطة استئصال عينة من جوف الرحم. وإذا تم تحديد البلازما الفطرية، وقبل محاولة حمل جديد سيتم إعطاؤك أنت وزوجك سلسلة من المضادات الحيوية كالدوكسيكلين (وهو نوع من التتراسكلين)، لمدة أسبوعين. وإذا لم يتم اكتشاف البلازما القطرية إلا بعد الحمل، يمكن اتباع نفس المعالجة مع الأخذ بعين الاعتبار استعمال المضادات الحيوية الآمنة وقت الحمل.

داء البلازميات السمية (Toxoplasmosis)

هذه عدوى أخرى لا تحمل أي عوارض وقد حددت كمسبب للإسقاطات المتكررة. ومن المهم في هذه الحالة إجراء التشخيص. ونشكر الله عز وجل أن فحوص الدم المتطورة تجعل ذلك ممكناً، ولكن هذه الفحوص هي متخصصة جداً. إلا أن هذه العدوى يمكن أن تكشف أيضاً بواسطة كشط بطانة الرحم. فإذا وجدت الطفيليات في العينة، يجب أن يتم العلاج اللازم لتلك العدوى.

وربما سمعتي «بمقولة الزوجات الحديثات» أن على الحوامل أن تحذر

من القطط بوضع القفازات المطاطية عند إفراغ صندوق أوساخ القطة. فالبلازميات السمية هي عدوى طفيلية تنقلها الحيوانات الأليفة، ومن المعروف أنها تقود إلى تشوهات الولادة، الإسقاط، المخاض المبكر والولادات الميتة. وبعد قول ذلك وتحذير جميع مالكات القطط، دعوني أطمنكم أن حدوث ذلك هو نادر جداً حوالي الواحد في 8,000 حامل. وليس هناك أي داع للحذر أو حاجة لإخراج القطة خارج البيت خلال فترة الحمل. **فقط لا تلمسي أوساخ القطط إذا كنت حاملاً**، وحولي هذه المهمة لزوجك. ويكون هذا مهم خاصة في غياب المناعة عندك ضد هذا الكائن الحي. إلا أن معظمنا منيعون أصلاً تجاه البلازميات السمية، كوننا قد عشنا مع الحيوانات الأليفة طيلة حياتنا. أما العلاج فهو بواسطة بيريميتامين (pyrimethamine) سلفديازين (sulfadiazine)، وحمض الفوليك، ويدوم لمدة شهر واحد.

أما التعرض لأوساخ القطط فليس الطريقة الوحيدة للتعرض للبلازميات السمية. فالطرق الأخرى للإصابة بالعدوى هي أكل اللحم النيء والسمك النيء. ولهذا يجب أيضاً اجتناب هذه اللحوم أثناء الحمل. وسوف يتم فحص المناعة ضد البلازميات السمية لجزء من سلسلة فحوص الدم السابقة للولادة.

المتدثرة Chlamydia

إن أكثر الكائنات الحية شيوعاً اليوم والتي تنتقل عبر ممارسة الجنس هي المتدثرة. وهي شائعة خاصة عند الأحداث بالسن والناشطين جنسياً. وقد ارتبط هذا الداء بإعاقة الخصوبة، لذلك فالفحص بشأنه أصبح الآن شيئاً روتينياً تقريباً. أما الأشخاص الذين يحملون المتدثرة يكونون عادة على جهل بهذه العدوى لأنها لا تبدي أي عوارض.

فهذا الكائن الحي، الموجود في القنوات المتناسلية والبولية عند كل من الرجل والمرأة، لا يهاجم المشيمة أو الرحم، ولهذا فلسنا أكيدين على الاطلاق من دوره في تسبب الإسقاط. ولكن قد تم عزله من النسيج بعد الإسقاط. ولإجراء الفحص بشأن هذا الكائن الحي يأخذ الطبيب عينة من المخاط في عنق الرحم. وهذا شبيه بلطافة بابانيكولاو. ومتى تم التشخيص، يعالج الزوج والزوجة بسلسلة من المضادات الحيوية.

اللستيريا(Listeria)

وهو أحد الكائنات الحية التي كان يظن في السابق أنها تسبب الإسقاط فقط بشكل غير أكيد. إلا أن المعلومات عن اللستيريا قد تغيرت الآن. فقد أظهر مؤخراً فريق من علماء الأحياء المجهرية من ليدز في بريطانيا، أن ربع العينات المخبرية على الأقل من اللحوم المبردة من المتاجر كان ملوناً باللستيريا، الأمر الذي وجد أنه يؤذي الأجنة وحتى الأطفال الحديثي الولادة. أما سبب وجود اللستيريا فيظن أنه ناتج عن الوقت الأقصر لتسخين الأطعمة الجاهزة والذي لا يضمن زوال كل البكتيريا. (إلا أن الطبخ الكامل للحوم يقضي على البكتيريا). وكذلك فقد وجد أن اللستيريا موجودة أيضاً في الأجبان المصنوعة من الحليب الغير مبستر. وقد ذكرت حالة من الإسقاط في الأسبوع الواحد والعشرين ناتجة عن جبنة الماعز الملوثة.

وتنصح النساء الآن بأن تكن على علم بالخطر الناجم عن تناول الطعام المطبوخ جزئياً، بما فيه الدجاج، الديوك، لحم البقر، والضلوع الهزيلة، ويجب أيضاً أن يتجنبن الجبنة الطرية أو تلك المصنوعة من الحليب الغير مبستر.

الخميرة أو المونيليا (Monilia)

هذا هو أحد الأسباب الشائعة جداً لالتهاب المهبل. والذي يحدث بتواتر متزايد في فترة الحمل بسبب محتوى السكر المرتفع في خلايا المهبل والحموضة العالية للمهبل نفسه. وقد ارتبطت المونيليا بتسبب الإسقاط ولكن فقط في حال كان هناك جهاز لمنع الحمل في داخل الرحم. وهذا الجهاز يمكن أن يسبب الإسقاط بحد ذاته. ولكنه ربما ليس مهم كسبب للإسقاط. ولكن إذا كانت المونيليا موجودة أثناء الحمل يجب معالجتها، لأنها تسبب الانزعاج وقد تصيب الطفل لأنها تمر عبر المهبل. وقد تسبب أيضاً الشفاء الهزيل لعملية قص العجان. أما المعالجة الآمنة بالنستاتين فهي متوفرة أثناء الحمل.

الملاريا

في العديد من أجزاء العالم حيث تكون الملاريا مستوطنة، يمكن لهذا المرض أن يسبب الإسقاط ربما لارتباطه بالحمى العالية أو اضطرابات الدوران في المشيمة. ولكن ذلك لا يكون عادةً دافعاً للقلق إلا إذا كنت تسافرين إلى أجزاء العالم حيث تكون الملاريا خطراً شديداً. وإذا كنت في المبكرة من الحمل، يستحسن تجنب هذه المناطق.

وكذلك فقد حددت أنواع أخرى من البكتيريا كمسبب للإسقاط. ومن حيث النظرية تطوف هذه البكتيريا في حجر دم الأم حيث يمكنها الوصول إلى الجنين عبر المشيمة، ولكن بشكل عام تكون هذه البكتيريا كبيرة جداً كي تعبر حاجز المشيمة. ويبقى هناك الكثير مما يجب معرفته عن ارتباط العدوى بالإسقاط.

العدوى المتعلقة ببعض الإجراءات

إدخال درزة عنق الرحم (شيرودكار)

بقدر ما كان إدخال الدرزة إلى عنق الرحم متأخراً، لنقل بعد الأسبوع الثامن عشر، بقدر ما يكون احتمال الإصابة بالعدوى في ذلك الموضع أكبر، وهذا بدوره قد يعني إصابة الأغشية أيضاً وبالتالي إصابة الجنين أو تمزق الأغشية. ولسنا متأكدين من سبب الحماية الأكبر في حال وضع الدرزة بوقت مبكر. وفي أغلب الأحيان يتم إعطاء المضادات الحيوية كإجراء وقائي بعد هذه العملية. وهذا هو السبب أيضاً في وجوب إزالة الدرزة قبل حوالي الأسبوعين من توقع المخاض لأن ذلك يعطي جسمك الوقت الكافي للقضاء على أي عدوى في عنق الرحم مرتبطة بالدرزة، وكذلك يجنب الرحم من الإصابة بالعدوى بعد الولادة.

أجهزة منع الحمل في داخل الرحم

إذا تم تشخيص الحمل وكان جهاز منع الحمل في داخل الرحم لا يزال في مكانه، قد تكون العدوى مشكلة ذات أهمية، لأن هذا الجهاز يعمل كجسم غريب داخل الرحم مما يساهم في العدوى. وهناك مجازفة أكبر إذا كانت الأطواق أو الجهاز بارزين إلى المهبل، لأنها بذلك تشكل ممراً للعدوى إلى داخل الرحم. ويزيل الطبيب الجهاز عادةً إذا كانت الأطواق ظاهرة. وهكذا، فإذا حدث الحمل بوجود جهاز داخل الرحم، هناك مجازفة متزايدة في الحمل.

الجرثومة المائلة

هذا الكائن الحي الذي يسبب التهاب المعدة والأمعاء قد وجد أنه يسبب الابسقاط. ولكننا لا نفهم كيف يقود ذلك إلى الإسقاط.

الجماع

بالإضافة إلى مادة البروستاغلاندن في المني، والتي ذكرنا سابقاً أنها سبب كامن للمشاكل إذا كنت قد اسقطي سابقاً (لأن البروستاغلاندن يجعل الرحم يتقلص وكأنك في المخاض المبكر)، هناك سبب آخر للحذر من الجماع إذا كان الإسقاط هو المشكلة. فالنطفة تحمل البكتيريا، وإذا كان عنق الرحم عندك في المرحلة الوسطى من الحمل قصيراً أو منفتحاً قليلاً، قد تدخل هذه البكتيريا إلى الرحم وتصيب الجنين. وقد تقود البكتيريا الداخلة بهذه الطريقة إلى إصابة الأغشية وإلى خطر تمزقها، أو أنها قد تحدث تقلصات متزايدة في الرحم. وهذه المخاطر لا تنطبق على حالات الحمل العادية حيث لا يكون الجماع ممنوعاً.

واعتمدي على نصيحة طبيبك بخصوص الجماع في حالات الحمل العالية المجازفة. وكذلك قد ينصح باستعمال المطاط الواقي في بعض الحالات.

الفيروسات

كما الحال عند البكتيريا، فالأدوار الدقيقة لمختلف أنواع الفيروسات في تسبب الإسقاط غير معروفة. وهناك عدة صعوبات في تقدير دور الفيروسات. أولاً، من الصعب والمعقد عزل الفيروس من النسيج المسقط. وكذلك فإن الأمراض الفيروسية هي شائعة في الحمل وخارجه ــ وحتى الزكام العادي قد وجد أنه عامل في الإسقاط المتكرر. ويبقى أن هناك بعض الفيروسات المعروفة بخطورتها في الحمل.

الحصبة الألمانية (Rubella)

يعبر هذا الفيروس المشيمة ويصيب كل من المشيمة والنسيج الجنيني مما يسبب التشويه الوراثي أو الإسقاط التلقائي. ولكننا لا نعلم نسبة

الإسقاطات الناتجة عن الحصبة الألمانية، لأن معظم التقارير تـركز عـلى التشوهات الموجودة عند الولادة إذا استمر الحمل.

إن أي امرأة تصاب بالحصبة الألمانية في الأسابيـع المبكرة من الحمل، تنصـح بشكل جدي بأن لا تكمل الحمل، لأن في فترة الحمل المبكرة، هناك فرصة 85 بالمئة في أن تسبب هذه الحصبة بعض التشوهات الرئيسية كالعمى، مرض القلب أو تشوهات الأطراف. وبينما تمكن الوقاية من ذلك بواسطة اللقاح ضد الحصبة الألمانية قبل الحمل، لا يمكن أن يتم التلقيـح إذا كنت حاملاً. وبالرغم من أن الفيروس في التلقيـح تكون ضعيفـة إلا أنها حية وقد تسبب الأذى للجنين. ويمكنك إجراء فحص للدم قبل أن تصبحي حاملاً لمعرفة ما إذا كنت بحاجة للتمنيـع ضد هذا المرض.

القوباء التناسلية

هذا الفيروس يمكن أن يسبب الإسقـاط إذا جاءتك النوبة الأولى في وقت مبكّر من الحمل ــ خلال الأسابيـع العشرين الأولى. ويعتقد أن هذا الفيروس يعبر المشيمة ويصيب المضغة أو الجنين. وعادة تكون النوبة الأولى من القوباء أكثر حدة من النوبات المتكررة، وتكون مترافقة أيضاً بحمى عالية. ومن غير المعروف بشكل قاطـع ما إذا كانت الحمى أو القوباء هي التي تسبب الإسقاط فعلياً.

تذكري، إذا كنت قد عانيت لتـوك من نوبـة للقوبـاء وأصبحت حاملاً، أن النوبات المتكررة لا يعتقد أنها تسبب الإسقاط أو أي تشوهات في الجنين. إذن لا تقلقي إذا كان عندك أو عند زوجك تاريخ من القوبات. وتكون النوبات المتكررة خطيرة في الحل فقط إذا تسببت في القرحة على عنق الرحم. المهبل، أو المشفرين والتي لا تزال موجودة إلى وقت المخاض. في تلك الحالة، ستحتاجين إلى عملية شق قيصرية لتجنب احتكاك الطفل

مـع الفيروس (في القرحة) أما العقار الفعال ضد العقوبـة، اسيكلوفير (acyclovir)، فهو غير آمنَ الاستعمال أثناء الحمل.

الفيروسات الأخرى

إن فيروس الإيدز (نقص المنـاعة المكتسبـة) فلا يسبب بحـد ذاته الإسقـاط ولكنه قـد يرتبط بـالمرض الأمـومي العام والـذي قـد يسبب الإسقاط. أما الحمى المضخمة للخلايا (Cytomegalovirus) فقد اعتقد أنها تسبب الإسقاط، مـع أنه لم يتم اكتشاف أية علاقة واضحـة. وقد يكـون التهاب الغـدة النكفية (أبـو كعب)، الحصبة، التهاب الكبد «A» و«B» والحمات الصغيرة على علاقة بالإسقاط أيضاً. وهكذا كما يمكنك الاستنتاج مما سبق، أن الدور الدقيق لبعض الفيروسات في تسبب الإسقاط هو غير أكيد بمعرفتنا الحاضرة.

هل يمكن التلقيـح خلال الحمل؟

هل هذا آمن للجنين؟ هو السؤال الذي يسأله العديد من النساء اللواتي يحتجن للتلقيـح خلال الحمل. وهذا الأمر هو من أعقد القضايا التي يجب البت بها بجد مـع طبيبك، حيث تضعين أنت وزوجك كل من الحجـج المؤيدة والمعارضة في الميزان قبل أخذ القرار. وكقاعدة عامة، يظن أن الجنين يكون في خطر أكبر مـع استعمال اللقاحات الحية، مثلاً، كتلك المضـادة لـداء الكلب. الحمى الصفـراء، شكـل الأطفـال، الجـدري، النكاف، الحصبة، والحصبة الألمانية، منه مـع استعمال اللقاحات الهامدة كتلك المضادة للسعال الـديكي. التيفوئيـد، الكوليـرا، الأنفلونزا وشلل الأطفال. أما لقاح السمين الموهن الكزازي، الذي يعطي كمعزز ضد خطر كزازي محتمل، فيعتبر آمناً.

القصة التالية، التي تخبرها مورين، تجمع الكثير من المعلومات التي قد أوردناها في هذا الفصل وفي أقسام سابقة من هذا الكتاب. أما اتصالها بموضوع العدوى فيرجع إلى العلاقة مع البلازما الفطرية والعقم. ونجح العلاج في حالة مورين وزوجها ولكن عندها عانت مورين من ثلاثة إسقاطات. وقد استعملت علاج البروجسترون وأخيراً علاج التمنيع أيضاً.

«كنا لا نجرؤ على جعل أنفسنا نشعر بالسعادة»

لزوجي طفل في عمر الحادية عشرة من زواج سابق. وكان هذا الزواج الثاني لكل منا، ولكني لم أحاول الانجاب في زواجي الأول. وبعد خمس سنوات من زواجنا، قررنا أن نحاول إنشاء عائلة فوراً. كنت في الثالثة والثلاثين وشعرت أنني جاهزة لأن أصبح أماً. ولكني لم أحمل تلك السنة. وكان الأمر صعباً لدي لأنني كنت على علم أن زوجي ليس عقيًما وهكذا شعرت أنها يجب أن تكون غلطتي. فقد بدأت دوراتي الشهرية في وقت متأخر وكانت دائمًا غير منتظمة، وفي أعماقي كنت أشعر أنني لا استطيع الانجاب. وكنت قد ذهبت سابقاً لرؤية طبيب نسائي ممتاز واقترح علي أن أجري صورة بالإشعة للرحم لإلقاء نظرة في الداخل. وكانت تلك تجربة أليمة جداً وغير مريحة. وظهر أن أحد البوقين مسدود وأنه عندي رحم بشكل T. وقد حذرني الطبيب حينها أنني سأعاني الكثير في الحمل.

وعلى كل حال، ذهبنا أخيراً لرؤية اخصائي في العقم. وحتى وقت الذهاب فعلياً إلى الموعد كانت قد مرت سنتان بدون إخصاب.

وقال الطبيب أنني لا أزال شابة نسبياً وأنه لا حاجة إلى الخوف من

العقم، ولكنه أجرى العديد من الفحوصات، وكانت النتيجة أنه عندي عدوى تدعى البلازما الفطرية ـ والتي لا يظهر لها أي عوارض، ولكنها قد تقود إلى العقم، وقد تناولت المضادات الحيوية لمدة شهرين وبعدها صرت حاملًا! وكنا متشوقين جداً. ولكن بعد ثلاثة أشهر، بدأت انزف وخسرت الحمل.

وكنت غاضبة جداً لدرجة أننا انتظرنا ثلاثة أشهر قبل العودة لرؤية الأخصائي. وقد طلب منا إجراء الاستشارة الوراثية. ولكن، من ناحية وراثية، كنا على ما يرام. وطلب مني الطبيب أن أجري سلسلة كاملة من الفحوص بدلاً من المجازفة في حمل آخر. ولكن في ذلك الوقت شعرت أن الكثير من النساء تسقط مرة واحدة، فلذا رفضت هذه الفكرة. واكتشف الطبيب ثانية أنه عندي بلازما فطرية، ومرة أخرى تم القضاء عليها بواسطة المضادات الحيوية، وصرت حاملاً.

وبدأت استعمال تحاميل البروجسترون وكنت أذهب أسبوعياً لفحص الدم والتأكد من مستوى البروجسترون. ولكن في الأسبوع الثامن أو التاسع بدأت انزف. وعندما ذهبت لإجراء التصوير الفوق السمعي لم نجد نبض في قلب الجنين. وكان علي أن اخضع لعملية تمديد وتجريف الرحم. أي ذلك الوقت كان قد حصل لي إسقاطان وبدأت أشعر بالغضب الشديد. وذهبنا لمراجعة اخصائي في الإسقاط، وهذه المرة عندما اقترح إجراء الفحوص الخاصة لمعرفة سبب الإسقاط المتكرر، كنت على استعداد لإجراء المزيد.

وتم علاج البلازما الفطرية مرة أخرى، وفي وقت لاحق صرت حاملاً مرة أخرى، وعدت لاستعمال البروجسترون مع فحوص الدم الأسبوعية. وأظن أنني شعرت بأن هذا هو قدري. فكنا لا نجرؤ على جعل

انفسنا نشعر بالسعادة. وكنا أنا وزوجي نذهب إلى العمل معاً بالسيارة. وبمرور الأيام الغينا كل ذلك، وعندما تجاوزت المرحلة التي حدث فيها النزيف سابقاً. شعرنا بارتياح عظيم.

ولكن قبل الأسبوع العاشر بقليل، وعندما ذهبت لإجراء التصوير الفوق السمعي، لم يكن هناك نبض قلب. وطلب مني أن أغير رأيي ولكن الأمر كان قد تأكد. وبعد هذا الإسقاط ذهبنا لإجراء فحوص المناعة. في ذلك الوقت كنت في السادسة والثلاثين من عمري وصرت خائفة جداً. وجاءت النتائج أننا مؤهلون لإجراء التمنيع ولكنني لم أعرف معنى ذلك. أضف إلى ذلك أنني قررت أن لا أحمل بعد ذلك الوقت. فلم يكن باستطاعتي التعامل مع ظروف الزمان ولم أعد أشعر أن ما افعله هو إيجابي. ولكن زوجي كان عازماً وقال لنحاول مرة أخرى.

ذهبنا مجدداً إلى الأخصائي الذي نصحنا أن نجري علاج التمنيع ولذا خضعت لعلاج التمنيع باستخدام دم من زوجي.

ولكن قبل حدوث الحمل كان علي أن أعالج البلازما الفطرية مرة أخرى. ولأول مرة في حياتي تم الإخصاب عن طريق الصدفة ــ حتى أننا لم نكن نحاول ذلك الوقت! فقد كان الأمر مفاجأة لأن لدي مشكلة في الخصوبة. ولكن ذلك جعلني أشعر بارتياح، وكان القدر إلى جانبنا. ومنذ البداية بدت الأشياء كأنها مختلفة. فقد كنت معتادة على الذهاب إلى مدرسة الرقص بعد العمل. وكنت أحب دروس الرقص وأجادل نفسي دائماً ما إذا كان علي أن أتوقف عن ذلك أثناء الحمل. ولكني شعرت أنني سليمة جداً هذه المرة. وداومت الذهاب إلى صف واحد فيه تمارين تمدد بطيئة ولطيفة جداً.

ولأنني كنت عصبية المزاج ولا أقدر أن أتحمل تكرار القصة القديمة،

اتصلت بالمختبر بنفسي وأخذت موعداً للتصوير الفوق السمعي. وكنت أجلس هناك على أحر من الجمر. هل سيكون هناك خفق قلب أو لا؟ وأخيراً قال المصور «ها هو». كان زوجي ينتظر على عتبة الباب وبدت الدموع في عيوننا.

بعد أسبوع ذهبنا إلى الطبيب، ونصحني أن أذهب إلى البيت وارتاح لمدة الأسبوعين القادمين على الأقل. لقد ارتحت حقاً في تلك الفترة، ثم صرت أنهض قليلاً، وبعد خمسة أسابيع عدت إلى العمل.

في الحقيقة كانت مشكلتي الوحيدة خلال الحمل هي البواسير المزعجة. ومعظم الوقت كنت أشعر أنني بحالة رهيبة. في النهاية دخلت في المخاض، وبعدها كنت أمسك بطفلتي الصغيرة وعندما أعود بالذاكرة أعلم أنه كان هناك وقت تقبلت فيه فكرة عدم الإنجاب. ولكني الآن أشعر أنني محظوظة حقاً. وبدون تلك المثابرة والعون من الأطباء لم يكن بإمكاني قط أن أعرف روعة هذا الأمر. وسنتساءل دائماً هل كان علاج البلازما الفطرية أم التمنيع هو العون الأساسي. وقد يكون أن هذه الطفلة كانت الأكثر حظاً. وقالت لي صديقة أن الفتيات هن أقوى. في النهاية لا يهم؛ فبالنسبة لي هذه الطفلة هي بالتأكيد شيء ثمين للغاية.

الفصل السابع
... أو مشكلة لم تخطر لك ببال قط

في بعض الأحيان قد يتجاهل الزوجان الحزينان تماماً السبب الأكثر وضوحاً للإسقاط. فبينما تركز المرأة بشكل مذنب على حقيقة أنها ذهبت للتسوق، نظفت البيت، ساعدت في نقل الأثاث أو أنها التحقت بدروس التمارين التي تخاف أنها لم تكن مناسبة، يمكن أن يكون هناك جواب بسيط. وفي الوقت نفسه قد يكون الزوج قلق بشكل صامت من استهلاكه لتدخين السجائر أو فشله في مساعدة زوجته على حمل المشتريات ذلك اليوم قبل أن فقدت الطفل.

لأن هذه الأنواع من المخاوف القلق ومثيرات الذنب كلها شائعة جداً عند الرجال والنساء الذين قد خسروا الحمل عن طريق الإسقاط، سأجمع في هذا الفصل آخر الأسباب المعروفة للإسقاط واظهر كيف أن الأسباب المشبوهة السابق ذكرها ليست المتهمة كما هو معروف.

سن الأمومة المتقدم

هذا سبب واضح ولكن يتم تجاهله من قبل الذين يحاولون تأسيس عائلة في سن الأربعين. وبتجاوز المرأة سن الخامسة والثلاثين، يزداد احتمال حدوث الإسقاط. والأسباب في ذلك شبيهة بتلك التي شرحتها سابقاً؛ فهي عادة متركزة على مشاكل الكروموزومات. وقد تتدخل أيضاً التشوهات في البويضات مثلاً، أو مشاكل الكروموزومات التي ربما قد أدت

إلى مجموعة عوارض داون عند الجنين في وقت مبكر من الحمل (انظر الجدول ص 215).

أما كون النساء المتقدمات في السن يسقطن في الحقيقة في أغلب الأحيان أو كونهن يصرحن بإسقاطات أكثر فهذه مسألة قيد الجدل. وقد تنسب إمرأة شابة النزيف الحاد في شهر ما إلى الدورة المتأخرة خاصة إذا كانت لا تريد أن تصبح حاملاً. بينما تلاحظ المرأة الأكبر سناً وبشكل واضح عوارض الحمل، خاصة إذا كانت قد حملت سابقاً وعندها طفل حي؛ وعادة يكون عند هذه المرأة نوع من الالتزام القوي بأن تصبح حاملاً وتسارع بالتالي إلى التصريح عن الإسقاط عند طبيبها.

وهناك أيضاً إحصاءات مدهشة عن معدل الإسقاط المتزايد عند الأمهات الحديثات جداً في السن، أي ما دون سن الثامنة عشرة. أما السبب في ذلك فهو غير معروف. وقد يكون ذلك انعكاس للعوامل الاجتماعية الاقتصادية؛ فهذه النساء الشابات اللواتي يحملن يرجح أن يكن قد أتين من طبقات اجتماعية اقتصادية دنيا، مع تغذية سيئة ومستوى عام سيء من العناية الصحية. أو قد يكون الأمر انعكاساً لاحتمال إسقاط حالات الحمل الأولى بشكل أكثر تواتراً.

السن الأبوي

إن لسن الأب المتقدم تأثيراً أيضاً على صحة ورخاء الطفل. وهناك خطر متزايد من حدوث التشوه في كروموزومات النطفة كلما تقدم الرجال في السن، الأمر الذي قد يكون له التأثير ذاته على معدل الإسقاطات كما لعمر النساء الذي تجاوز الخامسة والثلاثين. أما إذا كان الأب قد تجاوز سن الخامسة والخمسين فإن خطورة الإسقاط تكون مهمة بشكل مميز، وفي

خطر إنجاب طفل حي مصاب بمجموعة عوارض داون في كل سنة من سن الأمومة من عمر العشرين إلى التاسعة والأربعين*.

سن الأمومة	خطر الإصابة بمجموعة عوارض داون
20	1/1923
21	1/1695
22	1/1538
23	1/1408
24	1/1299
25	1/1205
26	1/1124
27	1/1053
28	1/990
29	1/935
30	1/885
31	1/826
32	1/725
33	1/592
34	1/465
35	1/365
36	1/287
37	1/225
38	1/177
39	1/139
40	1/90
41	1/85
42	1/67
43	1/53
44	1/41
45	1/32
46	1/25
47	1/20
48	1/16
49	1/12

كما ترين في هذا الجدول، فإن خطر إصابة الطفل بمجموعة عوارض داون يتغير بقدر كبير في سن السابعة والثلاثين. والعديد من المراكز الطبية تجري الآن فحص بزل السلى للنساء اللواتي قد تجاوزن سن الخامسة والثلاثين.

* معلومات من هوك وشابيرز (1977)، من المؤتمر العالمي لطب الحوامل، سان فرنسيسكو، 1981.

هذه الحالة يطلب إجراء فحص بزل السلى، إذا كانت الأم قد تجاوزت سن الخامسة والثلاثين أم لا، وخاصة بسبب احتمال نشوء مجموعة عوارض داون.

فالآباء المتقدمون في السن قد يكونون في خطر التغيـرات الهامـة الجديدة في جينات النطفة عندهم.

الخلل عند الآباء

لقد ساد الاعتقاد أن نوعية المني هي سبب في إسقاط المرأة.

ولكن الآن لا يبدو هناك أي دليل على أن تعداد النطفات المنخفض هو ذات تأثير مهم. إلا أن حالة تعدد النطفات ـ حيث يكون هناك الكثير من النطفات في السائل المنوي (أكثر من 250 مليون نطفة في كل مليليتر من السائل المنوي) ـ قد اشتبه به كمسبـب للإسقاط. وحتى الآن لا يوجد أي دليل قوي على هذه العلاقة.

وكذلك ظهر جدل المناعة لدعم الرأي القائل أن النطفة تؤثر في الإسقاط. ونحن على علم الآن أن عند بعض النساء مضادات حيوية لنطفات أزواجهن في دمهن، وبعد الإخصاب قد تنبذ الأم المضغة التي يمكن أن تحتوي مولدات المضاد ذاتها عند نطفة الأب، ويحدث ذلك نتيجة للمضادات الحيوية للنطفة في دمها. وكذلك ليس هناك دليل قاطـع يدعـم هذه النظرية، ولكن يمكننا أن نتحقق من وجود مضادات النطفة في دم الأم.

الاعتلال الصباحي الحاد

من غير المعتاد أن يسبب الدوار والتقيؤ الإسقاط في الفترة المبكرة من الحمل. وحتى الاضطرابات الحادة في الايض الناتجة عن التقيؤ المتكرر أثناء

الحمل، والتي قد تعيق التوازن الطبيعي للأملاح والالكترولايت في الجسم فهي لا تسبب الإسقاط.

إلا أن هناك أمراض أمومية كالذئبة (مرض جلدي) والتي نعلم أنها تسبب الإسقاط.

داء الذئبة الاحمرارية الشامل

هذا المرض هو اضطراب في جهاز المناعة والذي يعني أن المصاب يشكل المضادات الحيوية ضد انسجته الخاصة، وهذا هو أكثر شيوعاً بكثير عن النساء منه عند الرجال، ولسوء الحظ أنه يصيب النساء خاصة في سنوات الإنجاب، وهذا أيضاً هو أحد الأمراض التي ارتبطت بالمعدل المتزايد للإسقاط جزئياً بسبب النسبة المتزايدة لنشوء مضاد الشحميات الفوسفورية. ويجب إجراء الفحص بشأن هذا المرض إذا كان طبيبك بصدد إجراء الفحوص لمعرفة أسباب الإسقاط؛ وكل ما يحتاج الأمر هو عينة من الدم تفحص لوجود مضادات للـ DNA.

ولا نعلم بالتأكيد لماذا يحدث هذا النوع من الإسقاط ولكن المضادات الحيوية هي سبب ممكن. ولحسن الحظ أن المعالجة الطبية الحديثة التي تستعمل غالباً الستيرويد، كالبردنيسون، هي فعالة في إبقاء هذه الذئبة تحت السيطرة مما سمح للمصابات بهذا المرض أن يحملن لمدة كاملة.

وعادة ما تكون النساء المصابات بهذا المرض على علم بذلك، ويعالج الأطباء هكذا حالات بمنتهى العناية والحذر. وبدون المعالجة يكون معدل الإسقاط عالياً إلى حد الثلاثين بالمئة. وتحدث خسارة الحمل عادة بين الشهر الثاني والثالث من الحمل في الحالات الغير معالجة.

أمراض القلب

إذا كنت مولودة مع نوع معين من أمراض القلب الوراثية، يكون من المرجح أنك ستسقطين. لأن الجنين قد لا يتلقى الأوكسجين الكافي من الدورة الدموية. ولا ينطبق هذا على المصابين بنفخات القلب أو الذين لديهم تدلي في الصمام التاجي، والذي هو حالة حميدة نسبياً ويزداد تشخيصها عند النساء الشابات والصحيحات الجسم.

خلل الغدة الدرقية

بالرغم من عدم وجود أي دليل قاطع على ارتباط خلل الغدة الدرقية بالإسقاط المتكرر، كان يظن قديماً أن النساء اللواتي عندهن نشاط منخفض في الغدة الدرقية هن في خطر كبير. وقد حاول العديد من الدراسات أن يبرهن وجود علاقة محددة، ولكن إلى الآن لم تنجح أي دراسة في ذلك إلا أن هذا الارتباط هو قوي جداً في أذهان الناس إلى درجة أن جرعة صغيرة من الخلاصة الدرقية الاصطناعية (وهي غير ضارة بحد ذاتها في الحمل) تعطى في أغلب الأحيان للنساء اللواتي يعانين من الإسقاط المتكرر على أمل أنها ستكون ذات فائدة. لكن في الوقت الحاضر لم يتم إثبات أن الغدة الدرقية ذات النشاط المنخفض أو المفرط هي سبب للإسقاط. ومع ذلك يمكن أخذ عينة من دمك وارسالها إلى المختبر للتحقيق من خلل الغدة الدرقية. وإذا طلب طبيبك علاجاً للغدة الدرقية، فليس هناك من سبب للقلق على الجنين.

داء السكري

يعتقد بعض الناس بشكل قاطع أن داء السكري يرتبط بخطر

الإسقاط المتزايد، ولكن لم يتم إثبات ذلك بشكل حاسم. وكما الحال عند داء الذائبة الاحمرارية الشامل، فإن علاج هذا الداء لا يزيد في معدل الإسقاط. ومعظم الدراسات التي أظهرت هذا الارتباط كانت في الستينات في الوقت الذي لم يكن فيه التحكم بداء السكري فعال كما هو اليوم.

وبالتأكيد ليس هناك أي زيادة في الإسقاطات في حالة داء السكري الحملي، أي عند النساء اللواتي يعانين من داء السكري أثناء الحمل فقط (والذي ينتج عن تدخل هرمونات الحمل بنشاط الأنسولين). ولكن قد أظهرت بعض الدراسات أنه هناك زيادة طفيفة في معدل الإسقاط في حالة داء السكري الواضح أي عند الحوامل اللواتي يعانين من داء السكري الذي يمكن معالجته بالأنسولين. ولكن حتى في هذه الحالة يمكن تجنب الإسقاط، وليس هناك أي فرق حقيقي بين هذه المجموعة من النساء وبين الحوامل اللواتي لا يعانين من داء السكري. أما فحص تحمل الغلوكوز، حيث يعطي الغلوكوز كشراب ويفحص الدم بحدود ثلاث ساعات بعد الشرب، فهو إذن غير ضروري كجزء من سلسلة الفحوص الروتينية في حالة الإسقاط المتكرر. فمعدل الإسقاط يبدو أنه يزداد فقط في حالة داء السكري الغير قابل للمعالجة.

الانتباذ في بطانة الرحم

هذا خلل شائع عند النساء وهو يسبب العقم. وأوضحت بعض الدراسات أنه يمكن أن يسبب الإسقاط أيضاً، مع أننا لا نفهم الأساس الدقيق لهذه العلاقة. وكان يعتقد أن معدل الإسقاط هو أدنى عند النساء اللواتي يتم علاج الانتباذ عندهم أما بواسطة الدواء أو الجراحة. وكذلك فإن دور هذا المرض في تسبب الإسقاط هو غير أكيد.

التغذية

إن دور التغذية في الطب أصبح الآن أكثر أهمية من أي وقت مضى. ولا يوجد هناك دليل أكيد على أن نقص الوجبات من أي عنصر غذائي هو سبب مهم في الإسقاط. وفي الوقت الحاضر ليس هناك أي دليل قاطع يربط حتى سوء التغذية بمعدل الإسقاط الزائد. ولكن من المؤكد أن فترة الحمل ليست الوقت الصحيح لإتباع الحمية، وأن أولئك النساء اللواتي تعشن في ظروف سيئة حيث لا يتوفر الطعام الطازج كالفواكه والخضار، هن في خطر عظيم من الإسقاط.

وغالباً ما تقلق النساء أن الدوار، التقيؤ وقلة الشهية في المرحلة الأولى من الحمل (الأسابيع الثانية عشرة الأولى) قد تسبب الإسقاط. ويشعرون أن مستوى التغذية عندهم هو سيء إلى درجة أن الطفل يموت جوعاً. وفي الواقع حتى لو وصل التقيؤ إلى نسب متطرفة وتطلب الدخول إلى المستشفى (المعروف طبياً بتقيؤ الحمل)، يبقى أنه ليس هناك أي إزدياد في نسبة الإسقاط.

ومن سخرية القدر أن يكون صحيحاً في الغالب أنك كلما شعرت أكثر بالدوار في الفترة المبكرة من الحمل كلما قل خطر الإسقاط. فهذه العوارض الزائدة عن حدها للدوار والإرهاق الشديد في المرحلة الأولى من الحمل هم دلائل على أن مستوى الهرمون المطلوب في الحمل هو كافٍ.

الشقيقة

لقد قيل سابقاً أن الشقيقة تسبب الإسقاط، ولكن هذا غير صحيح. وربما جاء هذا الارتباط بسبب مركبات الإرغوتامين (ergotamine) والتي كانت تعطى كعلاج للشقيقة خلال فترة الحمل

المبكرة، والذي يمكن أن يكون السبب في الإسقاط. فهذه الطريقة من العلاج يجب أن لا تعطى أثناء الحمل. فالشقيقة بحد ذاتها ليست سبباً للإسقاط.

خلل في تجلط الدم

أن مرض فون ويلبراند هو خلل في الدم ـ وهو نقص في العامل الذي يساعد في تجلط الدم. واظهرت بعض الدراسات أن النساء المصابات بهذا المرض تسقطن بشكل متكرر. ولكن ليس من الضروري أن يكون ذلك صحيحاً. لأن هناك نساء اخريات يعانين من هذا المرض وقد كان لهن عدة حالات حمل ناجحة. أما إذا كان عندك تاريخ من هذا المرض أو غيره من مشاكل النزيف، يجب أن تجري فحصاً قبل أن تصبحي حاملاً. وإذا تم تشخيص هذا المرض، يكون العلاج ممكناً.

بالإضافة إلى ذلك، فإن النساء اللواتي عندهن نقص في بعض العوامل في الدم والتي هي ضرورية للتحكم الطبيعي لتجلطه قد يكون لديهن خطر متزايد من الإسقاط. وعندما يحدث تجلط الدم يمر ذلك عبر خطوات معينة. وتقاس هذه العوامل كجزء من سلسلة الفحوص الروتينية في حالة الإسقاط الغامض.

انسجام فئة الدم ABO

إن الدراسات حول عدم انسجام فئة الدم ABO بين الزوجين، كسبب محتمل للعقم أو الإسقاط المتكرر كانت غير حاسمة. ولكن هناك اقتراح قوي أن عدم الانسجام في فئات الدم الأساسية، مثل ABO، يلعب دوراً بالتأكيد.

وهكذا ظهر أنه إذا كان الأهل لا يشاركون نفس فئة ABO وإذا كان الجنين من فئة ABO مختلفة عن أمه، يكون هناك خطر متزايد من خسارة الحمل. والإجراء الوقائي الوحيد لتحديد ذلك يكون بالتحقق من فئة ABO في عينة من الجنين المسقط. فإذا كان دم الأم والعينة من ذات الفئة، يمكن القول أن ذلك لم يكن سبباً في الإسقاط. فالأبحاث مطلوبة في هذا المجال. ولكن في الوقت الحاضر لا يجري تحديد روتيني لفئة دم العينة.

وهناك منظومة نادرة من فئات الدم، تدعى منظومة P، وقد أعطي وجود مضادات P في دم الأم كسبب للإسقاط. ولكننا لا نعلم كيف يتم ذلك. ويحدث هذا إذا كان الأب عليك منظومة P في دمه. ولحسن الحظ أن هذه الحالة نادرة جداً ولا يتم الفحص بشأنها بشكل روتيني.

مرض الكبد

هذا ليس سبباً للإسقاط، مع أن هناك حالة نادرة يقال لها مرض ويلسون، وهي اضطراب في الأيض النحاسي، قد ربطت بالإسقاط المتكرر. ويمكن فحص ذلك بقياس مادة تسمى كيريولوبلازمين (Caeruloplasmin) في دم الأم ويمكن علاج ذلك بنجاح.

الضواغط والقلق

إن العوامل النفسية التي قد تسبب الإسقاط تختلف تماماً عن التأثيرات النفسية الناتجة عن حدوث الإسقاط (والتي ستقرأين أكثر عنها في الفصل الثامن). وقد جرت الأبحاث في الخمسينات والستينات في كل من نيويورك ونوفا سكوتيا حول العوامل النفسية عند النساء المسقطات بشكل متكرر. ومع أن هذين الفريقين من الباحثين قد وجدا خصائص مختلفة قليلاً، فقد تم تحديد أن هؤلاء النساء المعرضات للإسقاط كن غير

ناضجات وتعتمدن على أمهات مسيطرات. وبالإضافة إلى ذلك فقد أظهرت هذه النساء سيطرة عاطفية ضعيفة ونزعة إلى الشعور بالـذنب. وأحس الباحثون أن هذه الخصائص الشخصية قد تكون السبب في الإسقاط. إلا أن هذه الخصائص يظن الآن أنها نتيجة للإسقاط، الذي نعلم الآن أنه جارح من ناحية عاطفية.

ومن المهم تحديد ما إذا كانت الضواغط، كما يعتقـد العديـد من الأهل، قادرة على تسبيب الإسقاط، ولكن دراسة تحديد آثار الضواغط على مسار الحمل هي مستحيلة تقريباً. لأنها ستتطلب عزل الحامل في غرفة لقياس مستويات هرمون الضواغط عندها خلال فترة الحامل كلها. إلا أنه تم حديثاً تبيان أن الضواغط والحزن يمكن أن يؤثران في نشاط المناعة، والذي قد يكون إحدى الطرق التي يتم فيها الإسقاط.

وقد اقترح أيضاً أن العوامل العاطفية قد تتدخل في الحمل المزروع في الرحم. وقد تؤثر الضواغط أيضاً في هرمونات الجسم. هل من الممكن أن يثير الأدرينالين أو أي هرمون آخر من هرمونات الضواغط الإسقاط؟ هذه الأسئلة شائعة جداً. وبالرغم من أنه لا يوجد أي دليل لحد الآن، فإن التخلص من الضواغط والقلق هو ذات أهمية كبيـرة أثناء الحمـل. وهناك دراسات تظهر التأثيرات الإيجابية للدعم النفسي للمرأة التي عانت من عدة إسقاطات. فالحب والعناية الرقيقان وبالطبـع العناية الطبية. قد تساهم في معدل عال من النجاح في الحمل. فاجتماع الرأي الآن هو أن العامل النفسي ليس سبباً للإسقاط. ولكن بشكل عام ينظر إلى الضواغط الآن كعامل مهم في حقل الطب وكشـيء يجب إبقاؤه تحت السيطرة متى أمكن ذلك. ومن المعروف أن للضواغط تأثير على خلل جهاز المناعة الذي قد يقود إلى أي نوع من الأمراض الجسدية. وبالتأكيد أن هناك العديد من الأبحاث تجرى في هذا المجال.

إلا أن نوع العناية التي تتلقينها هي مهمة للغاية. فالإطمئنان، الدعم الطبـي المتواصل، والتصوير الفوق السمعي من وقت إلى آخر ابتداءً من الأسبوع السابـع إلى الثامن لرؤية نبض قلب الجنين ـ كل ذلك يساعد الأم كي تصدق أن حملها سليم وأن باستطاعتها تحقيق هدفها. وأنا اعتقد أن الموقف الإيجابـي الراسـخ والمدروس يمكن أن يكون ذا عون هائل.

الصدمات الجسدية

بالرغم من أن العديد من النساء تحاولن ربط الإسقاط بحدث معين كرفـع شيء ثقيل، السقوط وحتى ضربـة على البـطن، فإن الصـدمات الجسدية، في الواقـع هي سبب غير محتمل للإسقاط. وكما قرأنا سابقاً في قصة راشيل، فإنه حتى حـادث السيارة في مـرحلة متأخـرة من الحمل لم يسبب لها الإسقاط.

وكلنا قد سمعنا قصص النساء الشابات اللواتي يتمنين بشكل يائس أن لا يحملن واللواتي قمنـا بأشيـاء متطرفـة كالقفـز من أماكن عـاليـة، أو السقوط، ولكن كل ذلك قد فشل في أحداث الإسقاط.

ففي الفترة المبكرة من الحمل يحمي الحوض العظمي الرحم من قوة الضربات. فالصدمـات اليوميـة، كفحص الحوض أو الجمـاع لها تسبب الإسقاط. وكذلك السقوط، الانزلاق، أو الضربات المفاجئة على البطن ليست مصدراً للخطر. ولا حتى تنقل ابنك الصغير صعوداً ونزولاً على بطنك هو سبب للإسقاط. فخسارة الحمل تحدث فقط إذا كان الإسقاط حتمياً في أي حال. ويقلق العديد من النساء من فحص الحوض إذا كن ينزفن في الفترة المبكرة من الحمل. ولكن الأمر آمن، بالإضافة إلى أنه يعطي الطبيب معلومات مفيدة، فإنه لن يسبب الإسقاط.

ولكن الصدمات الجسدية قد تؤثر في الحمل إذا كانت بشكل جروح ثاقبة، كالطعن أو جرح الطلقات النارية، والتي ستلحق الأذى بك وبالجنين بشكل أكيد.

الإجهاض المحرض مسبقاً

لقد ساد الاعتقاد بين الأطباء أن الإجهاض عبر المهبل يحمل خطراً متزايداً من الإسقاط في الحمل التالي. ولكن ذلك ليس صحيحاً. فقبل أن أصبح الإجهاض قانونياً في الولايات المتحدة، كانت بعض حالات الإجهاض تتم بوقت متأخر من الحمل، لأنه لم يكن هناك موارد طبية. فإذا تم تمديد عنق الرحم بشكل عنيف، يمكن أن تكون النتيجة عنق رحم غير كفؤ (أنظر الفصل الرابع).

أما الآن ومع التشخيص المبكر للحمل ومع القدرة على إجهاض الحمل في وقت أبكر، لا يجب أن يكون الضرر في عنق الرحم مشكلة كبيرة. وهناك طرق أيضاً لتجنب جرح عنق الرحم أثناء هذه العملية. فقد يستعمل طبيبك البروستاغلاندن أو عيدان الطحلب البحري في الليلة السابقة للإجهاض بهدف تمديد عنق الرحم بشكل بطيء وبالتالي يتجنب استعمال أدوات التمديد الميكانيكية.

وبالطبع، إن الحد من عدد الإجهاضات هو فكرة جيدة. وإذا كنت قد خضعت لإجهاض سابق، لا تخجلي من أعلام طبيبك بذلك ــ فقد يكون أن عنق الرحم الغير كفؤ هو كل المشكلة. وعلى الأقل يكون الطبيب على علم بإمكانية حدوث هذه المشكلة.

التمارين والنشاطات الرياضية

بعض النساء فقط يجب أن لا يشجعن على ممارسة التمارين بشكل قاس خلال الحمل: اللواتي قد عانين من الإسقاط أكثر من مرة، اللواتي قد حصل لهن نزيف أو انقباضات في الفترة المبكرة من الحمل واللواتي طلب منهن الخلود إلى الراحة السريرية.

فالتمارين، عدا المشي المعتدل والنشاطات اليومية، كالركض الخفيف إلى الباص، يجب أن تجتنب أثناء الحمل. وإذا كان طبيبك قد نصحك بالراحة السريرية، تجنبي أي نشاط غير ضروري. ومهما ازداد وزنك خلال فترة الحمل ستعملين على تخفيفه بشكل قوي فقط بعد انجاب الطفل. وقد يكون باستطاعتك مزاولة التمارين لاحقاً عندما ينصحك طبيبك بالقيام بالنشاطات الطبيعية. فالتمارين والنشاطات الرياضية، بحد ذاتها، لن تسبب الإسقاط. فالتمارين البهلوانية، تمارين التلوي، المشي السريع، ركوب الدراجة الهوائية وبالتأكيد السباحة، كل ذلك هو آمن في حالات الحمل الطبيعي.

والسباحة، المعروفة من القدم أنها آلامن نوع من التمارين، أصبحت موضعاً لكثير من الشكوك خلال الحمل. فالعديد من النساء قد سمعن الروايات أن الماء يدخل عبر المهبل وبالتالي يؤذي الجنين. ليس هناك أي خطر من دخول الماء إلى المهبل، وبالتالي إلى الرحم، ولن يؤثر ذلك أيضاً في مجرى الدم. وهكذا، إلا إذا حذرك الطبيب من ذلك، وإذا كنت تستمتعين بالسباحة، فالسباحة هي نوع ممتاز من التمارين للمرأة الحامل.

أما الرياضات التنافسية كالأسكواش وكرة المضرب فيجب تجنبها ـ إلا إذا كنت تمارسين هذه الرياضات بشكل منتظم ـ لأن الدفعات المفاجئة من الطاقة الزائدة يمكن أن تسبب الرضوض الجسدية. وكذلك فإن

الأرتفاع المطول في حرارة الجسم قد يكون له تـأثير مؤذي عـلى الجنين النامي. إذن تجنبـي أكثر من ثلاثين دقيقة من التمارين المكثفة، لأن ذلك قد يزيد من حرارة جسمك. وبالمثل فإن التعرض المطول للحرارة، كما في حالة الصونا، يجب أن يجتنب أو يكون لفترة دقائق قليلة فقط. أما المشي السريـع فهو جيد ولكن ليس على مستوى سباق الماراتون.

وغني عن القول، إن بعض الرياضات التي تنـطوي على مخـاطر جسدية يجب أن تجتنب: فركوب الفرس وتسلق الجبال قـد يقودان إلى السقوط، وللتزلـج مخـاطره الخـاصة وكـذلك ركـوب الطائـرة الشراعيـة هو بالتأكيد خارج الموضوع.

الحروق

إن الصـدمة من شيء مخيـف كـالحرق الحـاد لن تـسبب الإسقـاط بالضرورة، إلا إذا كان الأذى في الجسم شاملاً ومهدداً للحياة. أما الحروق الطفيفة فلا تسبب الإسقاط وليست خطيرة أثناء الحمل.

مخاطر الأجهزة والعمليات الطبية قبل وخلال الحمل

وسائل منـع الحمل

يقلق العديد من النساء من استعمالهن لوسائل منـع الحمل قبـل حدوث الحمل وخاصة إذا لم يكن هناك أي فترة زمنية بين توقف وسيلة منـع الحمل والإخصاب.

فإذا تم الإخصاب خلال أول دورة بعد توقفك عن تناول حبوب منـع الحمل، فليس هناك أي خطر من الإسقاط أكثر مما هناك في الحالات الطبيعية. فالمؤذي فقط هو أن تتناولي حبوب منـع الحمـل بينما تكـونين حاملاً.

ولكن إذا كان هناك جهاز لمنع الحمل داخل الرحم في مكانه عند حدوث الإخصاب، فهناك خطر كبير من حدوث الإسقاط. فجهاز داخل الرحم عنده معدل فشل أكبر مما عند الحبوب ـ فحوالي الأثنين من بين مئة امرأة تستعملن جهازاً داخل الرحم في سنة واحدة (بمقابل 7/10 من بين مئة امرأة تستعملن الحبوب على مدى سنة). وإذا حدث أنك حملت بينما لا يزال جهاز داخل الرحم في مكانه، فإن عامل المجازفة يرتفع إلى 25 بالمئة في حدوث الإسقاط. ويجب أن تناقشي مع طبيبك ما إذا كان عليك إزالة الجهاز أو إجهاض الحمل.

وعلى حد ما هو معلوم، فإن استعمال الغشاء، إسفنجة منع الحمل، الجلي، الجل والرغوة، لا تأثير له على معدل الإسقاط. وقد قيل في السابق أن مبيد النطفات يسبب تشوه في الكروموزومات، ولكن هذا البحث لم يتكرر ولم يظهر أنه صحيح.

عوامل تحريض الإباضة

إذا كنت تستعملين أحد هذه العوامل، مثل كلوميفين سترايت (الذي يمكن أن يكون كلوميد أو سيروفين) أو موجه منسل انقطاع الطمث عند الأنسان (الذي يمكن أن يكون برغونال)، وهذه أكثر عقاقير الخصوبة استعمالاً، فإن خطر الإسقاط يزداد. ولكن من الثابت بشكل عام أن النساء اللواتي يعانين من مشاكل في الخصوبة يزداد خطر الإسقاط عندهن. إذا كنت من هذا الصنف، فإن الطبيب سيتابعك عن كثب في المراحل المبكرة من الحمل وذلك بالتحكم بمستويات الهرمون عندك. ومرة أخرى، قد يكون المعنى أن حالات أكثر من الإسقاط المبكر يتم اكتشافها والادلاء بها. ولذا فنحن غير أكيدين ما إذا كان ازدياد المعدل يعكس تغيراً حقيقياً في الأرقام، أم أن الأمر هو مجرد تسجيل لمعلومات ليس أكثر.

أما معدل الإسقاط باستعمال عقار الكلوميفين، وهو مادة كيماوية مضادة للأستروجين (وليس هرمونا)، فهو ما دون العشرين بالمئة بقليل، وعند عقار البرغونال فإن معدل الإسقاط هو فوق العشرين بالمئة بقليل. ولا أحد يعلم سبب ذلك بالضبط، وهذه الأرقام بالطبع، لا يمكن أن تكون دقيقة، أما إذا كان مستوى البرولاكتين عالياً عندك، يمكن إعطاؤك عقاراً يدعى بروموكربتين لتخفيضه. ومعدل الإسقاط عند هذا العقار هو فوق العشرة بالمئة بقليل.

إلا أن سبب هذه الإسقاطات قد يكون النشاط الغير ملائم في الجسم الأصفر (أنظر الفصل الثالث ص 91). وكذلك فإن حالات الحمل عند النساء العقيمات سابقاً، كما رأينا، تدعم غالباً بتحاميل البروجسترون في المرحلة الأولى من الحمل.

فحص بزل السلى أو فحص عينة من الزغابات المشيمية

إن فحص بزل السلى هو الاسم الذي يطلق على استخلاص عينة من السائل السلوي للتحليل الكروموزومي أو الفحص الوراثي للطفل. ويتم هذا الفحص عادة في حوالي الأسبوع السادس عشر من الحمل، عندما تكون كمية السائل كافية لجعل استخلاصه آمناً. وقبل ذلك يتم التصوير الفوق السمعي لتحديد موقع الجنين، المشيمة، وحوض السائل. ويدخل الطبيب أبرة مجوفة عبر جدار بطن المرأة ويتم سحب السائل من خلال الأبرة إلى الزجاجة. وعليك أن تنتظري حوالي سبعة إلى عشرة أيام (وسابقاً كانت هذه المدة من أربعة إلى خمسة أسابيع) قبل صدور النتائج، بينما تنمى الخلايا وتفحص الكروموزومات.

وقد يكون الأمر مخيفاً للحامل، التي قد دخلت شهرها الخامس، أن ترى هذه الأبرة العملاقة وهي تدخل في بطنها وأن تقلق مما إذا كان ذلك

سيسبب الإسقـاط. ومن المدهش أن هـذه العمليـة ليست مؤلمـة عـلى الاطلاق. وهناك خطر طفيف من الإسقاط بإجراء هذا الفحص، ولكن مـع الوقت أصبـح الأطباء ماهرون أكثر وأكثر في هذه العملية مما يقلل من نسبة الخطر. فعامل المجازفة يتراوح بين الواحد في المئتين والواحـد في الأربعمئة مـع الطبيب الذي يجري هذه العملية بشكل متكرر.

أما فحص عينة من الزغابات المشيمية فهو تقنية حـديثة ومـا زالت تعتبر في طور الأبحاث. في هذا الفحص يتم أخذ عينة صغيرة من نسيـج المشيمة في حوالي الأسبوع التاسـع إلى العاشر من الحمل. بواسطة إدخال أنبوب عبر عنق الرحم أو عبر البطن في بعض الأحيان. وتتوفر النتائـج بظرف سبعة إلى عشرة أيام. أما حسنة هذا الفحص فهي أنه يمكن إجراؤه في وقت مبكـر من الحمـل بحيث أنـه إذا تم اكتشـاف خـطير في الكروموزومات فيمكن في تلك الحالة إجراء الإجهاض المبكر.

أما سيئة هذا الفحص فهي أنه ينطوي على خطر الإسقاط أكثر من فحص بزل السلى. وتعطي هذه المجازفة كواحد في المئة. وبالإضافة إلى ذلك، فإنه قد يحدث الارتباك مـع فحص الزغابات المشيمية إذا كان هناك مزيـج من الانماط النووية في الكروموزومات في خلايا المشيمة السريعة النمو.

وبما أن هاتين العمليتين تحملان خطر الإسقاط، فقد تجـد النساء اللواتي قد عانين من عدة خسارات للحمل. إن المجازفة في هذا الحمل أيضاً هو أمر غير مقبول. ويجب عليك أنت وزوجك أن تناقشا مـع بعضكما البعض ومـع الطبيب قيمة الفحص وعوارضه الجانبية بشكل حذر جداً. أما إذا كان عندك تاريـخ من الإسقاط المتكرر، فإن فحص بزل السلى هو العملية الأكثر أماناً. فهذا الفحص يعطي أيضاً عينة من بروتين الفا

الجنيني من السائل في الوقت نفسه. أما في حالة فحص الزغابات المشيمية فإن عينة بروتين الفا الجنيني يجب أن تؤخذ في وقت لاحق. (ولكن فحص بروتين الفا الجنيني عنده احتمال عالٍ من إعطاء نتائج إيجابية خادعة ويكون من الضروري تكرار هذا الفحص عدة مرات مما قد يؤدي إلى قلق غير ضروري.

وكما قرأت في العديد من القصص في هذا الكتاب، فإنه كان على العديد من النساء المرور بهذه العملية الصعبة من أخذ القرار. وفي أغلب الأحيان، وبالرغمِ من مقاومة الإجهاض بعد سنوات من الصراع لإنقاذ حمل واحد، تقبل هذه النساء بإجراء فحص الكروموزومات بسبب خوفهن من عدم القدرة أبداً في الحصول على طفل سليم.

التعرض لمادة DES

هـذه المادة (diethylstilbestrol) هي أستـروجين اصـطناعي بـدأ استعماله عند الحوامل سنة 1948. ولأن هذه المادة يمكن أن تسيطر على النـزيف، ظن الأطباء أنها مفيـدة في حـالات معينـة من خلل الحمـل كالإسقاط المهدد والمخاض المبكر. ولكن استعمالها انقطـع في سنة 1971، أي أن الذين ولدوا بعد هذا الوقت لم يتعرضوا للعوارض الجانبية لهذه المادة. وأول التقارير عن تأثيراتها المضرة على الأطفال الإناث للأمهات اللواتي يستعملنها، دلت على حدوث تشوه في المهبل وحتى سرطان المهبل.

إلا أن التقارير اللاحقة لحظت أيضاً أن تشوهات الرحم تحدث في أطفال الأمهات اللواتي قد استعملن DES. وبشكل خاص فإن جوف الرحم عند هؤلاء الأطفال الإناث يمكن أن يكون صغير الحجم، متخلف النمو، أو مشوهاً، وبشكل نموذجي يكون على شكل T. وفي بعض الأحيان كانت توجد التصاقات داخل جوف الرحم. وكذلك فإن عنق الرحم قد يكون غير

كفؤ، أو ضعيفاً. أما الحمل البوقي (المنتبذ) والمخاض المبكر يكونان أكثر شيوعاً بعد التعرض لمادة DES.

كل هذه الحالات تزيد من خطر الإسقاط وقد وجد الدليل في الدراسات التي أظهرت أن عند «بنات DES» معدل إسقاط يفوق النساء الأخريات. ولحسن الحظ، أن هذه الحالة هي معدومة لأن DES لم يعد يستعمل في الحمل. وهناك طرق لمعالجة كل هذه الحالات، كما شرحنا في الفصل الرابع. فحيث يكون هناك عنق رحم غير كفؤ مثلاً، تساعد الدرزة في إنقاذ الحمل.

أما إذا كنت قد اسقطي وتعلمين أن أمك قد تناولت DES يجب عليك إجراء تصوير رحمي بوقي للتأكد من وجود التشوه في الرحم أو عنق الرحم. وبالإضافة إلى ذلك، إذ كان طبيبك يعلم أنك «أبنة DES» فإنه سيراقب حملك بشكل حذر حيث يفحص حالة عنق الرحم عندك بشكل متكرر لرؤية ما إذا يقصر أو ينفتح باكراً جداً.

الجراحة أثناء الحمل

لا نعرف بالتأكيد إذا كانت الجراحة خلال الحمل سوف تسبب الإسقاط. وإذا كان لا بد من إجراء الجراحة فمن الأفضل أن تكون في وقت مبكر من الحمل وخاصة خلال المرحلة الأولى. أما الجراحة الحوضية، كإزالة كيس المبيض أو الزائدة الدودية، يمكن بشكل خاص أن تكون المتهمة في الإسقاط. ولكن إذا كان من المتعذر تجنب الجراحة، يمكن أن يعطى مخدر خاص بحيث يظل الجنين يتلقى الأوكسجين المطلوب. أما عوامل المخدر التي تسبب تشوهاً في الجنين في المرحلة الأولى من الحمل فيجب اجتنابها. وفي جراحة المرحلة الوسطى من الحمل، يمكن أن تعطى

المرأة العقاقير كالبروجسترون أو الريتودراين (مهدئات الرحم) لمدة أسبوعين بعد العملية.

ومن غير المؤكد ما إذا كانت العملية الجراحية تسبب أي أذى خلال الحمل ولكن أي عملية اختيارية (تلك التي يمكن تأجيلها) يجب أن تجتنب إلى ما بعد الولادة. أو إذا كان من الضروري إزالة المرارة مثلاً بسبب وجود الحصى فيها، يمكن لهذه العملية أن تتم قبل أن تصبحين حاملاً.

أما جراحة إزالة الأورام الليفية يجب أن لا تتم خلال الحمل إلا في حال كانت هذه الأورام متصلة بسطح الرحم ويمكن إزالتها بشكل آمن.

أما التهاب الزائدة الدودية الحاد فمن الصعب تشخيصه في الحمل، لأن الألم قد لا يحس في الموضع العادي بسبب الموضع المتغير للزائدة.

التلقيح داخل الزجاج

لقد شرحنا هذا الموضوع سابقاً، وذكرنا أن هذه العملية تحمل خطراً متزايداً من الإسقاط في الحمل التالي. وكان عامل المجازفة قد أعطي بما يقارب الخمسين بالمئة، ولكن الآن وبتطور مهارة الأطباء العاملين في التلقيح داخل الزجاج فإن هذا الرقم قد انخفض كثيراً.

وعادة ما تدعم حالات الحمل الناتجة عن التلقيح داخل الزجاج بتحاميل البروجسترون ويتم التحكم بذلك بشكل حذر من قبل طبيبك.

أما أبحاث التلقيح داخل الزجاج فإنها تقود إلى إكتشافات جديدة ومدهشة في الطب التناسلي، ومن الممكن في المستقبل أن يكون بإمكان الأطباء تقدير نوعية النطفة والبويضة قبل الإخصاب. وبحد ذاته فإن هذا سوف يحد من عدد الإسقاطات الناتجة عن الكروموزومات الغير طبيعية إما من الأب أو من الأم.

التخصيب الاصطناعي

إن التخصيب الاصطناعي بواسطة معطي النطفة يحمل معدلاً مرتفعاً من الإسقاط، ولا فرق هناك إذا حصل التلقيح بنطفة نضرة أم بنطفة مبردة. وما يدعو إلى الدهشة هو أن النطفة من زوجك يمكن أن تسبب معدلاً من الإسقاط أعلى حتى من نطفة معط آخر.

علاج العقم بالجراحة

إذا كان هناك ضرر في البوقين واجريت الجراحة لتصليح ذلك، ثم أخصبت بعدها، فهناك احتمال كبير أنك ستسقطين. أما الأسباب فهي غير واضحة. ولكن قد يكون أن البوق المقصر أو المعدل يبطىء أو يسرع تطور البويضة قبل التلقيح مما قد يساهم في بداية غير كاملة للإخصاب.

فحص عينة من بطانة الرحم

لقد شرحت في الفصل الثالث (صفحة 91) استعمال هذا الفحص للتحقيق من إمكانية تسبب الخلل في الجسم الأصفر في الإسقاط. وتجرى هذه العملية في النصف الثاني من دورة الطمث في الوقت الذي قد تكونين فيه حاملاً بغير علمك.

أما إذا حدث الإخصاب وكانت الأرومة الأصلية قد انغرست في الرحم، كما قد تتخيلين، فقد يمكن أن يجرف خارجاً بواسطة أداة الاستئصال والتي تدخل مباشرة إلى الرحم. في الواقع أن هكذا نهاية مفاجئة للحمل هي لحسن الحظ نادرة جداً. ولكن لتجنب ذلك ينصح بإجراء فحص الحمل قبل عملية الاستئصال لأن الفحوص المتطورة يمكن أن تتم بظرف ثمانية أيام بعد الإباضة أو في اليوم الثاني والعشرين من الدورة الشهرية. ويجري فحص بطانة الرحم عادة بين اليوم الثاني

والعشرين من الدورة. ويمكن القول أن التكنولوجيا في هذه الحالة قد لحقت أخيراً بحاجاتنا!.

عوامل المحيط

إن الأمراض، الاضطرابات والآلام التي قد تؤثر في الأم وجنينها تكون أحياناً واضحة، واحياناً أخرى تكون غامضة وغير متوقعة لكن في ما يلي إليكم الأسباب الأقل تعريفاً والأكثر حساسية من ناحية سياسية للإسقاط والتي لسوء الحظ هي أيضاً الأشياء التي لا يمكننا عمل الكثير بشأنها. ولكن إذا تعذر على طبيبك إكتشاف أي سبب آخر لإسقاطك المتكرر فإن عوامل المحيط قد تؤخذ بعين الاعتبار.

التلوث

في أغلب الأحيان، وبعد التفكير في الحمل أو في التعرض لضواغط الإخصاب ومن ثم خسارة الطفل، لا يسيطر علينا الحزن فقط بل اليأس أيضاً من العالم الذي نعيش فيه، التلوث والمواد الكيماوية مع دورها المغري في حياتنا، وحتى الماء الذي نشرب والهواء الذي نتنشق.

إن الحمل عادة هو وقت للتفاؤل العظيم، تدعمه ثقتنا المتجددة بالحياة والإنسانية، وايماننا بالمستقبل كلما حاولنا إنجاب إنسان آخر إلى هذا العالم. فالمخاوف الطبيعية من الحروب، والغيوم الكيماوية التي تطوف فوقنا والعنف الذي يرتكبه الرجال والنساء بحق الرجال والنساء. كل هذا يبدو أنه يتشتت بالسحر المحض والفرح في العملية التناسلية.

إن ظل التلوث المعلق فوق محيطنا قد يصبح مشؤوماً فقط إذاً، بعد إسقاط أو أكثر بدأت تتحدثين مع جاراتك أو رفيقاتك في العمل وعلمت أنهن أيضاً قد عانين من إسقاطات لا تحصى. أو قد يكون هناك نسبة فوق

العادة من حدوث التشوهات في الولادة والمخاض المبكر في تلك الأمكنة.

ما العمل؟ حقاً ما العمل؟ ليس من المفاجىء أن هذه القضايا يمكن أن تقود حتى أكثر الناس تفاؤلاً إلى نوع من اليأس. ولكن كالعادة فإن طاقة التغير يبدو أنها تأتي من عند النساء اللواتي وجدن أنفسهن عالقات بظلم الحياة.

وإذا لم يكن كذلك عندما تلاحظين الحالات المتعددة من الإسقاط أو مشاكل ولادية مشابهة عندها على الأقل يكون لديك الخيار: إما أن تغيري مكان عملك أو مكان سكنك وإما أن تخرجي وتحاولي التأثير على الملوثين.

فقط انظري إلى بعض المخاطر البارزة في عصرنا هذا وإلى التأثيرات التي أحدثتها في الرأي العالمي.

فالحادث الفظيع في مصنع الكربيد المتحد في بهوبال، الهند أدى إلى إطلاق غيمة من غاز ميثيل ايزوسيانايت وربما السيانيد. وقد قتل من جراء ذلك أكثر من ألفي شخص. ولكن كان هناك تقارير أيضاً عن إسقاطات وولادات ميتة كتأثير ناتج عن تلك المأساة.

وكذلك تسلطت الأضواء على كارثة لاف كانال في ولاية نيويورك عندما مرض الأطفال بشكل غامض وعندما زادت نسبة الإسقاطات المولادات الميتة وتشوهات الولادة بشكل غير اعتيادي عند السكان. وقد تم إكتشاف أن المدرسة المركزية قد بنيت على مكب للنفايات الكيماوية. فقد صدأت البراميل المعدنية التي تحوي النفايات الكيماوية وبدأت هذه النفايات بالتسرب إلى التربة والماء.

وعندما لاحظت النساء أنه هناك نسبة عالية ومميزة من الإسقاطات في فصل الربيع من كل سنة، وجدت إحدى الدراسات أن رش كل المناطق

بمبيد الأعشاب البرية الذي يحتوي مادة الديوكسين، إحدى أكثر المواد الكيماوية سمية، هو السبب في ذلك. والديوكسين هو عنصر في العامل البرتقالي (مبيد للأعشاب) الذي استعمل في تجريد شجر الفيتنام من ورقه، والذي أصبح مرتبطاً بالمعدل العالي من الإسقاطات والولادات الميتة، وتشوهات الولادة، والسرطان عند الجنود العائدين وعائلاتهم.

ولاحظ الناس مؤخراً في وادي سيليكون في كاليفورنيا أن معدل الإسقاط عندهم قد زاد ضعفين أو ثلاثة أضعاف عن المعدل الوطني. واكتشفوا أن الماء قد تلوث من جراء الخزانات المطمورة تحت الأرض من مصنع لرقائق السيليكون. فقد تسرب ستون ألف غالون من المواد الكيماوية السامة إلى شبكة المياه.

أما الأبحاث حول هذه الكوارث المعلن عنها فهي بطيئة وبالطبع بحاجة إلى التمويل. ويصارع أصحاب المصالح المستوردين بشكل قوي جداً لمنع إكتشاف مقابر النفايات الكيماوية أو تعريض العمال في هذا المجال. ومن حيث الإسقاطات، ولسوء الحظ، فإن المعدل التلقائي المرتفع نسبياً ـ مؤخراً كان ثلاثين بالمئة وما فوق في حالات الحمل الأول ـ يبدو أنه يعمل ضد الناشطين الذين يحاولون ربط التلوث بخسارة الحمل. من يمكنه القول أن الأمر يتعدى كونه مجرد صدفة في أن يكون المعدل في أركاديارو أعلى مما هو في الجانب الآخر من البلدة؟

ولكن يبقى أنه من المهم بشكل واضح أن نتابع التحكم بالأخطار الناتجة عن مختلف المواد الكيماوية ومستويات الإشعاع التي أصبحت الآن جزء من حياتنا اليومية. ومؤخراً مثلاً، تم في السويد منع استعمال مادة الكلورين التي تستعمل في تبيض النسيج في حفاضات الأطفال المستبدلة، واستعمال هذه المادة هو الآن قيد الدرس في بريطانيا وأوروبا لأن الكميات الكبيرة من الكلورين والمطلوبة في تصنيع هذه الحفاضات، يتم غسلها في

الانهار والمحيطات. وقد نسأل الحفاضات المستبدلة؟ كيف يمكن لشيء بريء كهذا أن يطلق هذا التهديد؟

الملوثات المعروفة الضارة أثناء الحمل

إن إحدى المخاطر الأكثر شهرة أثناء الحمل هي التدخين الذي يؤثر في كل العملية التناسلية: فإنه يقلل من تعداد النطفات عند الرجال، يحدث نطفات غير طبيعية، ويمكن كذلك أن يعزز العقم، بالاضافة إلى زيادة خطر الإسقاط التلقائي. فأثر التدخين كما هو واضح جداً يعيق إمداد الدم إلى المبيضين وإلى الرحم. ولحسن الحظ أنه يمكن توقيف التدخين على الأقل في منازلنا، ونتمنى أن نتحكم بتعرضنا لدخان الآخرين في العمل. وربما قد حان الوقت لهذه الإشارات الصفراء لتلك التي تلصق على الزجاج الخلفي في العديد من السيارات والتي تقول «رجاءً لا تدخنوا يوجد طفل في السيارة!».

الملوثات في مكان العمل

هناك ستون ألف مادة كيماوية تستعمل بشكل تجاري، ولكن القليل منها فقط قد بحث من حيث تأثيره على الحمل. وكذلك فإن معظم الباحثين لا يفحصون التأثير على الإسقاط بل إمكانية التسبب في تشوهات الولادة. وتشمل دراسات أخرى المواد الكيماوية والاحتمال المرتبط من حدوث السرطان عند الأطفال. فالإسقاط هو نوع مطمور من الكوارث.

وتؤثر بعض المواد الكيماوية مثل DDT والمعادن مثل الرصاص، النحاس والزنك في عملية غرس الجنين. ويمكن للزئبق أيضاً أن يصيب المضغة النامية، لأنه قد يقود إلى الفشل في الانغراس في بطانة الرحم بعد

التلقيح. وتزيد بعض الغازات المنحدرة نسبة الإسقاط عند الممرضات العاملات في غرف العمليات. وقد وجد أيضاً أن بعض العقاقير المستخدمة في محاربة السرطان ترتبط بنسبة عالية من حدوث الإسقاط عند الممرضات اللواتي تتعاملن بهذه العقاقير. إلا أن كل هذه التقارير هي من دراسات منعزلة ولا تشكل أي برهان.

ومع نمو عدد النساء الآن في القوة العاملة فإن الوقت قد حان الآن أن نغير أيضاً موقفنا من هذه المخاطر. فتأثير المواد الكيماوية المختلفة يصعب تقديره* خلال الحمل بسبب الفيزيولوجيا المعدلة عند المرأة الحامل. فإن كمية الهواء المتنشق مثلاً تتغير أثناء الحمل ويزداد حجم الدورة الدموية مما يجعل تقدير هذه المواد الكيماوية شيئاً معقداً.

وقد تتأثر النساء أيضاً وبشكل غير مباشر بتعرض أزواجهن للمواد الكيماوية. فقد يكون أن الزوج يجلب معه غبار الرصاص على ثيابه. أو أنه يمكن إكتشاف بقايا مواد كيماوية في السائل المنوي عنده. ويمكن أن يتم امتصاص هذه الكيماويات عبر جلد المهبل. لذا فإن أي رجل قد عانت زوجته من أكثر من إسقاط واحد يجب أن يتحقق في العمل من وجود أي مخاطر تناسلية ممكنة يتعرض لها. وإذا لم تكن هذه المخاطر معروفة في البداية عندها يجب عليه أن يحاول الحصول على كل المعلومات الوثيقة الصلة بالموضوع.

وإذا كنت في فترة مبكرة من الحمل أو تخططين لأن تصيري حاملاً، وكنت قلقة أو غير متأكدة من المخاطر في مكان عملك يجب أن تبحثي ذلك مع الطبيب النسائي القابلة أو طبيب الصحة. وقد تطلبين أيضاً من الوكالات الحكومية المختصة أو من رب عملك معلومات عن معدل

المجازفة. وقد تريدين أن تعرفي إذا كان من الممكن نقلك من منطقة عملك أثناء الحمل أو إذا كان عليك إرتداء ملابس واقية.

أما النساء العاملات في المزارع والحقول في المختبرات وغرف العمليات؛ والنساء العاملات كطبيبات المخدر، طبيبات الأسنان وكمساعدات لطبيب الأسنان ـ كلهن عندهن معدل مرتفع من الإسقاط وكذلك النساء العاملات في المصانع الكيماوية حيث يصنع الرايون المواد اللاصقة أو البلاستيك، والعاملات في مجال الاشعاع أو الرقائق الصغيرة فهؤلاء النساء هن في خطر عظيم من الإسقاط. ويجب أن تشجع المرأة العاملة في أي من الحقول المذكورة آنفاً، أن تحد من تعرضها لهذه الكيماويات المضرة قدر الإمكان ومن غير أن يؤثر ذلك على مركزها في العمل. فإذا كنت تعملين وسط هكذا مخاطر ولا يمكنك الانتقال إلى مكان أكثر أماناً، يمكنك أن تفكري في الانتقال إلى وظيفة مؤقتة بعيداً عن مكان عملك خلال أول أربعة أشهر من الحمل على الأقل هذا إذا كان بمقدورك تحمل عبء هذه الإجازة.

ويجري الآن بحث التغيرات. فالهواء في غرف العمليات في المستشفيات مثلاً، يتم تكريره الآن للحفاظ على مستوى متدنٍ من غاز المنحدر. ولكن يجب الانتباه أكثر إلى هذا الحقل من العوامل أو المواد السامة في مكان العمل. ويجب على الأطباء أن يكونوا على وعي أكبر أن على القانون أن يدعمهم بشكل أكبر كقانون السلامة المهنية وقانون الصحة الذي يفرض الصحة والسلامة في مكان العمل لكل الموظفين.

ومن الواضح أن أبسط وألطف نوع عمل للنساء كان دائما العمل المكتبي. ولكن الآن وبالاستعمال المنتشر لآلات العرض المرئي وآلات

النسخ الفوتوغرافي حتى هذا المجال قد تحول إلى شيء يشبه المنجم المنتج.

وقد أصبحت آلات العرض المرئي، كالتلفزيون شيئاً لا يمكن الاستغناء عنه في حياتنا إلى درجة لا تجعلنا نشك بأمره. وقد تعلم معظم الشبان خلال العقد الأخير استعمالها في كل من العمل والبيت. إذن ما هي المشكلة؟ فيما يلي أذكر بعض الحقائق المفيدة عن الأخطار الكامنة وراء هذه الألات بالاضافة إلى بعض التقارير الحديثة في الصحافة عن آراء واهتمامات النساء الخاصة.

آلات العرض المرئي، الاشعاعات والحمل

من غير المحتمل أن الأذى سيصيب الجنين من أي مصدر صناعي للإشعاع لأن مستويات الإشعاع تفحص مرة واثنين بانتظام. فأي شخص يعمل مع اللايزر الاشعة المافوق البنفسجية أو ما تحت الحمراء أو اشعاعات الموجه الصغرى تتم مراقبته عن كثب. ويمكن للأذى أن يصيب طفلك فقط في حالة إصابتك بحرق حاد من الأشعة. وإذا كنت تعملين مع آلات النسخ الفوتوغرافي، فليس هناك أي ضرر طالما أنك تبقين غطاء الآلة مغلقاً عند تشغيلها ولا تعرضين نفسك للضوء الأخضر. (ولكن الأمر يدعو إلى القلق إذا عرفنا مدى الكسل الذي وصلنا إليه فقط في إغلاق غطاء الآلة ولكن في تعريض عيوننا بشكل دائم لذلك الضوء.

أما إذا كنت تعملين مع أشعة X يجب إرتداء غشاوة رقيقة تساعدك على التحكم بنسبة الاشعاع. وعادة تقرأ هذه الغشاوات مرة كل ثلاثة أشهر، وربما أمكنك الوصول إلى هذه السجلات. وإذا كنت تقررين أن تصبحي حاملاً فأفضل نصيحة هي أن تطلبي غشاوة تقرأ كل شهر لتتأكدي من بقاء نسبة الاشعاع آمنة في الفترة التي تسبق الإخصاب.

أما المعدل المقبول من الاشعاع للمضغة أو الجنين فهو 0.5 رم (Rem = وحدة قياس جرعة الاشعاع) أي ما يعادل 1.5 رم للمرأة الحامل وهذا بسبب امتصاص جدار البطن للاشعة والذي يخفف جرعة الجنين إلى المعدل الآمن. ولكن تذكري أن تضيفي إلى هذه الكمية الاشعاع من التشخيص حتى لا يزيد المجموع العام عن الحد الآمن. وكذلك فإن رئيسك أو المسؤول عنك سينظر بعين العطف إلى انتقالك إلى قسم أقل خطراً أثناء فترة حملك.

دراسة حديثة حول آلات العرض المرئي والحمل

بالنسبة لآلات العرض المرئي فإن الاستنتاج العام هو أنها لا تطلق الاشعاعات بمعدلات قد تسبب المشاكل. ولكن في دراسة حديثة وجد الباحثون في برنامج كايزر ـ برمنانت للعناية الطبية في أوكلاند كاليفورنيا أن النساء اللواتي يستعملن آلات العرض المرئي لأكثر من عشرين ساعة في الأسبوع في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل يعانين من الإسقاط أكثر بضعفين تقريباً من النساء اللواتي يقمن بأعمال مكتبية أخرى.

وشعر الذين قاموا بهذه الدراسة، التي نشرت في عدد حزيران سنة 1988 من مجلة American Journal of Industrial Medicine وظهرت في New York times في الخامس من حزيران سنة 1988، إن ما وجدوه لا يعني أن هذه الآلات بحد ذاتها هي التي تسببت في الإسقاط ولكن يمكن للعوامل التي لم يتم قياسها كضواغط الوظيفة وظروف العمل الرديئة، أن تكون مسؤولة أيضاً.

وهذه الدراسة التي أظهرت إرتباطاً احصائياً أكثر مما هو سبباً، قد أجريت على 1600 حامل. ولحظ الباحثون أن النساء اللواتي يستخدمن آلات العرض المرئي بشكل كثيف يرجح أن يكون عندهن ولادات مشوهة

ولكن لا يعتقد أن تكون هذه الزيادة ذات أهمية من ناحية إحصائية.

وبالرغم من أن الناس كانوا يشكون من زمن بعيد في وجود علاقة بين آلات العرض المرئي والاسقاط، فقد قدمت هذه الدراسة أول دليل متعلق بعلم الأوبئة يعتمد على أرقام واقعية عن الحوامل العاملات على آلات العرض المرئي وذلك لتبيان العلاقة بين المعدلات العالية من الإسقاط والنساء العاملات على هذه الآلات لمدة تفوق العشرين ساعة في الأسبوع (أي أربع ساعات فقط في اليوم في أسبوع عمل عادي).

آلات العرض المرئي والنساء العاملات في زمننا هذا.

هناك حوالي الخمسة عشر مليون آلة عرض مرئي قيد الاستعمال في الولايات المتحدة في الوقت الحاضر ويضاف إلى ذلك ثلاثة ملايين سنوياً حسب VDT News، وهي رسالة إخبارية صناعية. ويقدّر ان حوالي نصف العشرة ملايين شخص الذين يستعملون هذه الآلات بشكل منتظم أثناء العمل هم من النساء في سن الإنجاب.

وقد نشأت نتائج هذه الدراسة من البحث الذي كان مقصود منه في الأصل تحديد تأثيرات المبيدات التي كانت تستخدم لمحاربة حشرات الفواكه المتوسطية في كاليفورنيا في سنتي 1981 و1982، على النساء الحوامل. وقد تم معاينة ألف وخمسمئة وثلاث وثمانين حاملاً كن يحضرن إلى ثلاث عيادات لطب النساء وطب الولادة تابعة لبرنامج كايزر برماننت في شمالي كاليفورنيا.

ووجدت هذه الدراسة خطراً متزايداً من الإسقاط في كل من المرحلتين الأولى والوسطى من الحمل عند كل النساء اللواتي يعملن على الآت العرض المرئي لأكثر من العشرين ساعة بالأسبوع المذكورة سابقاً، هذا بالمقارنة إلى النساء الغير عاملات. ووجدوا كذلك زيادة تصل إلى الأربعين

بالمئة في تشوهات الولادة بين أطفال الحوامل اللواتي يستخدمن الآت العرض المرئي لأكثر من خمس ساعات في الأسبوع.

لماذا تؤثر الآت العرض المرئي على الجنين؟

اقترح بعض الخبراء أن المستوى المنخفض من الإشعاع الكهرومغناطيسي من الآت العرض المرئي بإمكانه أن يغير أو يعيق نمو الخلايا. وحسب VDT News فإن الاختبارات على الفئران والصيصان قد أظهرت هكذا تأثيرات.

أما المعهد الوطني للسلامة والصحة المهنية فقد صرح بأن الآت العرض المرئي لا تطلق مستويات غير آمنة من الإشعاع الكهرومغناطيسي. ولكن الناقد يردون على ذلك بأن الإشعاع الإضافي في البيت أو العمل (من كاشف الدخان مثلاً) يطرح أخطاراً إضافية. وقد حدد هذا المعهد حالات جماعية من الإسقاط وغير ذلك من التعقيدات بين النساء اللواتي يستعملن آلات العرض المرئي، ولكن حتى الآن لم يتم تأكيد أي علاقة سببية.

وهناك القليل مما ينشر في المجلات الطبية وكذلك لا يجري الآن أي بحث منظم ومتعلق بعلم الأوبئة حول العلاقة بين الحمل والآت العرض المرئي إلا أنه تجري الآن الأبحاث في كلية جبل سيناء للطب في مدينة نيويورك حيث تدرس العلاقة المفترضة بين استخدام الآت العرض المرئي ومعدل الإسقاط بشكل جدي. فهم يخططون لقياس إصدار الإشعاع الكهرومغناطيسي الأيوني من الآلات التي تستعملها النساء وكذلك لدراسة ترتيب الطاولات، الكراسي والآت العرض المرئي، وكذلك استعمال النساء لتلك الآلات، وغير ذلك من العوامل الأخرى كالتدخين والمشروب. ويخططون أيضاً لاستعمال الاستمارات لتقدير معدل الضواغط عند كل امرأة.

وسوف يستخدم الباحثون في كلية جبل سيناء فحوص الحمل المبكرة جداً لتحديد البداية الدقيقة الحمل وبالتالي يسجلون كل الإسقاطات، وحتى تلك التي قد لا تسجل في الأحوال العادية. وكما ذكرت سابقاً، فإن هذه الفحوص المبكرة والدقيقة للحمل ستقدم أرقاماً أكثر دقة لمعرفتنا الإحصائية عن معدل الإسقاط.

وكذلك فإن حالات الإسقاط الجماعية في أماكن عمل معينة قد تقود إلى نوع من الرعب عند بعض النساء. وإحدى هذه الحالات التي ظهرت مؤخراً قد حظيت باهتمام وطني بالرغم من أن النساء المعنيات كن عقلانيات بشأن هذا الموضوع.

ونشرت قصة في New York Times لتامار ليوين في شهر كانون الأول من سنة 1988 بعد ستة أشهر فقط من صدور التقرير عن البحث حول الآت العرض المرئي وحالات الإسقاط الجماعية وتأثير هذه الآلات على تشوهات الولادة، الولادة الميتة والمخاض المبكر. هذه القصة كانت من نساء يعملن في مجلة وطنية رئيسية، USA Today.

فقد كان هناك طفرة من الإسقاط وسط النساء العاملات في غرف الأخبار بأقسام صحيفة USA Today في أرلنغتون، فرجينيا، وفي الوقت الذي لن يظهر هناك أي دليل حقيقي عند أي منهن على سبب الإسقاط، ظن بعض النساء ممن تمت مقابلتهن في الصحيفة أن المشكلة قد تكون متعلقة ببنية العمل في المبنى أو بآلات العرض المرئي التي يستعملها المراسلون والمحررون.

وفي السنوات الأخيرة قام علماء الأوبئة بتقصي العديد من حالات الإسقاط الجماعية بين اللواتي يستخدمن الآت العرض المرئي ولكنهم لم يجدوا أي دليل علمي على أن هذه الحالات، بحد ذاتها، هي سبب المشكلة.

أما الين ولكوكس، عالم أوبئة في المعهد الوطني لعلوم صحة البيئة، شمالي كارولينا ، فقد شرح في التقرير ذاته، «عندما كان يوجد في الماضي حالات جماعية من الأورام النادرة، كان ذلك يقودنا إلى اكتشاف السبب ولكن بالرغم من أن علماء الأوبئة قد بذلوا مجهوداً أساسياً لدرس حالات الإسقاط الجماعية فإن الإسقاط بحد ذاته هو شيء شائع جداً إلى درجة أنه لم يسبق لأحد أن حدد ما إذا كانت حالة معينة من الإسقاط الجماعي هي أكثر من صدفة احصائية.» وكان الدكتور ولكوكس يشير إلى تقرير مجلة New England Journal of Medicine في صيف 1988، أن واحد وثلاثين بالمئة من كل حالات الإخصاب ينتهي على الأرجح بالإسقاط.

وبكلمات قليلة، فهذه القصة المرتكزة على مشاعر النساء الخاصة في مكان عمل معين توجز كل المعضلة. هل يمكننا تحديد علاقة أكيدة بين اللواتي يستخدمن الآت العرض المرئي والإسقاط؟ وهل أن الإحصاءات عن المعدل العام للإسقاط تلغي إمكانية وجود هذه الأسباب المعينة؟ وفي أي حال فمع احتمال الإسقاط الذي يفوق الثلاثين بالمئة، يمكن لتلك النساء العاملات في هذه المجالات أن تكن أكثر عرضة لعوامل أخرى كالمستوى العالي من الضواغط، سن الأمومة المتقدم أو الأسباب الأخرى المعروفة للإسقاط. ومن الواضح أننا بحاجة إلى إجراء أبحاث أكثر في هذا المجال.

ما هي المخاطر الأخرى التي يجب عليك تجنبها خلال الحمل؟

يجب تجنب استعمال مرشات الرذاذ قبل الإخصاب وأثناء الحمل. فالكثير من تأثيرات الرذاذ على الجو الخارجي قد أصبح معروفاً الآن، وبما أن البديل لمعظم مرشات الرذاذ ـ مزيل الرائحة، مصفف الشعر، مزيل الروائح المنزلية، الرذاذ الملمع أو منظف أفران الغاز ـ قد أصبح متوفر الآن، فمن المفضل اجتناب أي خطر كامن. وبالرغم من أن

هدروكربون الهلوجين المستعمل حالياً في صنع دافع الرذاذ ليس متورطاً بأي مشكلة عند الجنين أو الأم، فإنه من الأفضل دائمًا أن نكون على جانب الحذر. ويستحسن كذلك استعمال المرشات التي تحتوي ثاني أوكسيد الكربون كدافع للرذاذ. فخلال الحمل يكون عندك أمداد مرتفع من الدم، مما يعني أنك تتنشقين أوكسيجين أكثر وبالتالي فإنك ستأخذين جزئيات غريبة أكثر من الهواء عندما تتنفسين.

فإذا كان لا بد من استعمال المبيدات مثلاً، فمن الأفضل أن تطلبي من زوجك أو أحد الأصدقاء أن يقوم بالرش وتأكدي أن تكوني بعيدة عن مكان الرش. وكذلك إذا كنتم تدهنون غرفة الطفل أو تغيرون تزيين البيت فكوني حذرة عند سلخ الدهان القديم الذي قد يحتوي على الرصاص. ودعي هذه المهمة للآخرين. واحرصي على أن تكون الغرفة ذات تهوئة جيدة.

العقاقير الغير مشروعة

إن العقاقير الاستجمامية يجب أن لا تستعمل ابداً أثناء الحمل. فهذه العقاقير لا تكون صافية ابداً ويمكن أن يكون لها كل أشكال التأثيرات المضرة على الطفل (والأم)، وحتى أنها تقود إلى ولادة طفل مدمن، مثلاً، بعد استعمال الهيروين. وقد وجد مؤخراً أن الكوكايين هو سبب للإسقاط وسبب للخلل الدماغي الدائم عند الأطفال. وكذلك فإن الأمفيتامينات تسبب مشاكل رئيسية أثناء الحمل.

هل يمكنك الإنتقال إلى منزل جديد

إن الضواغط والجهد في الانتقال إلى منزل أو شقة جديدة غالباً ما ترتبط بالإسقاط والمخاض المبكر. وكما اشرت سابقاً فلا المتطلبات

النفسية أو العاطفية لهذا الانتقال ولا الضواغط الجسدية في رفـع الأشياء وحملها فهي بحد ذاتها تحرض عملية الإسقاط. ولكن من الواضـح أنه يستحسن، وخاصة إذا كنت قد اسقطي سابقاً، تجنـب رفع الأشياء الثقيلة أو الضواغط الغير ضرورية. ففترة الحمل ليست الوقت المناسب كي تثبتي أنك متساوية مـع الرجال أو مـع نساء أخرى في ذلك المجـال. ولكن اجلسي ونظمي الأمور من خارج مسرح العمل.

هل من الآمن استعمال فرن الموجة الصغيرة أثناء الحمل؟

إن أفران الموجة الصغيرة هي من مصادر الإشعاع وقد حددت إدارة الأغذية والأدوية معايير إصدار الإشعاع في كل معدات الموجة الصغيرة في الأسواق. أما الحد المسموح به فهو 5 ميليوات من الإشعاع في كل سـم^2 يقاس عن بعد 2 إنش من سطـح الفرن. ويعتقـد المصنعون أن هـذه الأفران هي آمنة للغاية للاستعمال المنزلي، أكانت من تستعملها حاملاً أم لا . وبالطبـع فإن أفران الموجة الصغيرة كآلات العرض المرئي قد ثبتت نفسها كجزء من نمط الحياة العصرية.

أما الخطر الوحيد الكامن فهو في زيادة هذه المستويات الصغيرة من الإشعاع والتي يجب أن تضاف إلى مـا يصدر عن مكتشف الـدخان في المنزل. وإذا كنت تستعملين فرن الموجة الصغيرة يومياً، كوني حـذرة، واحرصي على أن لا تبقي بجوار الفرن عند تشغيله. وبالتأكيد لا تتكئي عليه عند التحدث على هاتف المطبـخ، مثلاً. وإذا كنت في شك، فليقم بالطبـخ شخص آخر.

هل يجب إخراج الحيوانات الأليفة أثناء الحمل؟

كلما شرحت سابقاً في قسم العدوى (الفصـل السادس، صفحـة

189) فإن داء البلازميات السمية يمكن أن ينتقل بواسطة القطط التي تعيش في البيت كحيوانات محببة جداً. وهذه العدوى الطفيلية تقود إلى الإسقاط، المخاض المبكر، الولادات الميتة، وتشوهات الولادة. ولكن حدوث ذلك هو نادراً جداً ـ حوالي الواحد في 8,000 في أميركا اليوم ـ وهو خطر أقل أهمية بكثير مما يظن. ومعظم الناس قد اكتسبوا مناعة ضد هذه العدوى من العيش مع هذه الحيوانات قبل الحمل.

ويمكن لهذه العدوى أن تنتقل إذا لمست صندوق الأوساخ وحدث اتصال مباشر مع براز القطة. لذلك، إذاً كان عليك إفراغ صندوق الأوساخ، ضعي القفازات المطاطية. وإذا كان من الممكن فدعي هذه المهمة لشخص آخر. أما الحيوانات الأليفة الأخرى كالكلاب، الأسماك الطيور أو حتى الأفاعي فلا تنقل هذه العدوى ولكن يمكن الإصابة بها من جراء تناول السمك أو اللحم النيء.

ويجب إجراء الفحص في حال التعرض السابق للتأكد من وجود المضادات الحيوية عندك، إما قبل الإخصاب أو عند حصولك على فحص إيجابي للحمل. وإذا كنت حاملاً وكان عندك المضادات الحيوية عند ذلك يتم التحكم بالحمل بشكل حذر. وإذا كان مستوى المضادات الحيوية مرتفعاً جداً يجب أن تناقشي مع زوجك وطبيبك متابعة الحمل أو إجهاضه ومعالجة هذه الحالة أولاً.

هل الصونا، الحمامات الساخنة، والمصابيح الشمسية آمنة؟

عندما يتعرض جسمك لحرارة مفرطة على مدى فترة طويلة قد تصبحين حامية أكثر من اللازم (فرط الحرارة)، مما قد يؤثر على الجنين بشكل سيء. وليس هناك أي علاقة مباشرة بين هذه الاستعمالات

والإسقاط، ولكن إذا كنت قلقة فمن المستحسن تجنب استعمال الصونا، غرف البخار، أو الحمامات الساخنة أثناء الحمل، أو ربما نصحك الطبيب بحصر استعمالها في فترات قصيرة جداً.

أما المصابيح الشمسية فعندها ارتباط وثيق بزيادة نسبة سرطان الجلد لأن هذه المصابيح تعرض الجسم لمستويات غير عادية من الإشعاع الما فوق البنفسجي. ولكنها لم ترتبط بشكل خاص بالإسقاط أو بتشوهات الولادة. إلا أنه بوجود أخطار الحرارة العالية على جسمك، ولأنه لا توجد أي معلومات عن آثار هذه المصابيح المحتملة في المدى البعيد على الجنين، فأنا انصح بعدم استعمالها في فترة الحمل.

هل تشكل مشاهدة التلفزيون خطراً على الحمل؟

إن إشعاعات التلفزيون، وحتى تلك الصادرة عن التلفزيون الملون، لم يظهر أنها شكل من الإشعاع الأيوني، وهكذا فلا يجب أن تكون مشاهدة التلفزيون مؤذية، ولا حتى الجلوس بالقرب منه لفترات طويلة. أما الخطر الوحيد فهو على ظهرك إذا كنت تجلسين باسترخاء لمدة ساعات على الكنبة أمام الجهاز. فمن الأفضل الجلوس على كرسي قاسي بحيث يكون ظهرك مدعوماً، ورجليك مرفوعة على مسند منخفض لتقوية الدورة الدموية وتهدئة المشاكل الكامنة في أسفل الظهر.

الجزء الثالث

هل أنت مستعدة لمحاولة أخرى؟

الفصل الثامن

أهمية الحزن بشكل سليم

بغض النظر عما يقول الآخرون أو كيف يتجاوبون معك، فليكن بعلمك أولاً أن موت طفلك هو مأساة عميقة. فإذا خسرت الطفل قبل أو بعد الولادة بقليل فعليك اجتياز مرحلة مدمرة من ناحية عاطفية. وإذا اسقطي الطفل في الأسابيع الأولى فقد يسوي حزنك بحقيقة أنك الوحيدة التي تعلمين بأمر الحمل غير زوجك وطبيبك ربما. وبسبب عدم وجود أي علامات ظاهرة قد يظهر حزنك غير مناسباً. وأفضل نصيحة تسمعينها من الناس هي «عاودي الحمل ثانية» و«افرحي، فيمكنك أن تصبحي حاملاً مرة أخرى».

في الحقيقة، كان الإسقاط يعامل حتى مؤخراً كحالة طبية معزولة أو «كغلطة». وكان الجنين يؤخذ بعجلة بحيث لا تتسنى لك الفرصة في حمله أو لمسه، أو حتى معرفة جنسه ربما. بعد ذلك تعودين إلى قسم الطب النسائي بعيداً عن رؤية وسمع الأطفال الباكية أو الأمهات اللواتي يحملن أطفالهن الصغار. وبعد ذلك تخرجين من المستشفى ويطلب منك مراجعة الطبيب حالما تصبحين حاملاً مرة أخرى.

فالآن فقط بدأ الأطباء والأخصائيون بتقدير الأثر العاطفي الهائل للإسقاط؛ الأثر على الزوجين، العائلة، الأصدقاء والأطفال في البيت. وقد أدى ذلك النوع من معاملة النساء اللواتي قد عانين من خسارة الحمل أو خسارة طفل إلى ردات فعل نفسية حادة في أغلب الأحيان؛ بحيث أن

الأم تتملكها فكرة الطفل الذي انتجته أو ينشغل بالها بذنبها وبالشعور أن جسمها قد خذلها.

وقد تمضي أشهر أن لم نقل سنين في حالة مرضية من الحزن الذي لا يتبدد. وكما يحدث في الغالب، فإن تلك النساء تترك وحيدة مع الحزن، والذنب، والخوف من عدم الكفاءة والفشل، تصارع هذه المشاعر في حين أنها لم يكن لديها حقاً أي سيطرة على الوضع.

أما الآن فإنك تجدين أن الممرضات والطبيب هم حقاً حزينون لخسارتك ويتعاطفون مع حزنك الطبيعي والضروري.

أما الكلية الأميركية لأطباء النساء والولادة فقد أصدرت منشوراً مفيداً جداً تحت عنوان **بعد أن يموت طفلك**. ويجب اعطاؤك شيئاً من هذا القبيل للقراءة إما من قبل طبيبك أو من قبل المرشد الاجتماعي.

وفي مستشفى جبل سيناء حيث أعمل يعطي المرشدون الاجتماعيون المختصون بشؤون الولادة والذين يعتنون بمشاكل الأهل الفاقدين كتيباً بعنوان **الإسقاط، الولادة الميتة، وموت الأطفال: فهم الحزن والتغلب على الخسارة**.

لماذا يكون الحزن طبيعياً وصحياً

مع فقدان الطفل ستتذكرين دائماً أن هذا الطفل كان جزءً منك وانه كان يعني لك الكثير. وحتى لو كان أو كانت مجرد حلم في رأسك، فقد أصبح هذا الطفل عضواً مهماً في عائلتك وامتداداً لكم. فالجرح الذي تخلفه الخسارة لن يزول أبداً، ولكنك بحاجة إلى الوصول إلى مرحلة تتذكرين فيها خسارة الطفل بشكل مريح وواقعي.

وعليك أن تتوقعي المرور بسلسلة من العواطف: الأسى الخالص، الحزن، الكثير من البكاء اللاارادي، الذنب، الغضب، الاكتئاب، وربما الخوف من أي تناقض في المواقف تجاه الحمل؛ وهناك أيضاً الكثير من لومك لذاتك، لزوجك، وحتى للطبيب أو المستشفى. وكذلك سيكون هناك شعور عميق بالخسارة مما قد يسترجع خسارات أخرى في حياتك كخسارة حديثة لأحد الأهل، الأصدقاء، أو قد يسترجع حتى سنواتك الطويلة من تجربة العقم.

إن أول مرحلة من عملية الحزن ستكون على الأرجح مرحلة **الصدمة والرفض**. فقد تشعرين بالذهول واللامبالاة وانك غير قادرة على تصديق ما حدث. أما إذا كان الأمر خسارة مبكرة جداً، فعند ذلك قد يبدو الحمل غير واقعي وكأنك قد تخيلت الموضوع كله. وتساعد مشاعر الصدمة والرفض في الواقع في جعلنا نتخطى الأوقات العصيبة وتعطينا الوقت لاستيعاب الواقع.

وكلما أدركت أكثر وبدأت تتقبلين الواقع تنشأ عندك المشاكل الجسدية، كالفراغ في المعدة أو الصدر، أو كالثقل حول الحنجرة. فالصداع، مشاكل النوم، فقدان الشهية والاكتئاب الحاد ــ كل هذا هو من ردات الفعل الطبيعية. وبالطبع فإذا ظهر الحليب في الثديين ستشعرين باشتياق عميق للطفل الذي لن تحمليه أو تطعميه أبداً. وقد تشعرين بألم في الثديين وكذلك في القلب. أما إذا حدثت الخسارة في وقت متأخر من الحمل عندما تكونين قد اعتدتِ على تحسس الطفل وهو يركل فمن الشائع أن تظل المرأة تشعر بهذه الركلات وهذه الاحساسات المترددة. وقد تندفعين في البكاء الشديد لدى سماعك طفلاً يبكي. وكذلك فإن رؤية النساء مع أطفالهن قد يجلب الغضب الحاد ومزيداً من الألم.

وقد تخافين أيضاً من أنك على شفير الجنون، حيث يصارع فكرك المشاعر والعواطف المتداخلة. وبطريقة ما عليك أن تتمسكي بشعورك بذاتك وأن تطلقي الغضب والألم.

وإذا أمكن إقامة مأتم للطفل الميت، فهذا قد يساعد بتوفير وقت من التعويض بحيث تخرجين لتوديع طفلك الفقيد. ومن المهم استعمال الاسم الذي كنت قد اخترتيه للطفل، وأن تتحدثي عنه أو عنها كشخص حقيقي. وقد يظل الأصدقاء والأقارب يجدون أنه من الصعب بحث أمر الخسارة معك. فهم يخافون من استرجاع هذا الحزن ومن رؤيتك وأنت تبكين، ولكن إذا تكلمتي بصراحة وسميت الطفل، فعندها يكون من الأصعب عليهم تجاهل ما قد حدث والتلفظ بالعبارات المبتذلة مثل «لا تقلقي، بإمكانك دائماً أن تنجبي طفلاً آخراً».

لا يمكنك تبديل طفل بآخر، كما أنه لا يمكنك تبديل أم متوفية بأخرى. يجب أن تسمحي لنفسك أن تتحدثي عن الطفل وان تفتحي قلبك للآخرين.

وقد تجدين أنك لا تريدين الخروج من المنزل وانك تتجنبين المناسبات الاجتماعية لأن التعامل مع الناس واسئلتهم وعدم تعاطفهم هو أمر صعب جداً. وفي البيت تكونين في صراع مع الفراغ الذي يملأ حياتك والادراك الرهيب لأمر الخسارة المحسوم.

ومن المحتمل أيضاً أنك تريدين مراجعة الطبيب والاستماع إلى الأسباب والشروح التي ستساعد على استيعاب المأساة. وقد يبقى شعورك أنك مسؤولة عن هذه الخسارة بنفسك. ومن أجل العودة إلى الحياة اليومية الطبيعية أنت بحاجة لأن تشعري أنه بإمكانك مشاركة بعض هذا العبء في محاولة منك لتهدئة الشعور بالذنب.

وببطء، ببطء شديد قد تشعرين أنه بإمكانك تقبل هذه الخسارة ومواجهة المستقبل مرة أخرى. في هذه المرحلة يجب أن يكون التفاهم بينك وبين زوجك صريحاً وخالٍ من توجيه التهم، محباً ومعطياً، وعندها ربما كنت على استعداد لمحاولة أخرى.

ولكن هناك قضايا أخرى معنية أيضاً، إلى جانب حزنك الداخلي والسري. فهناك الكثير من النتائج الاجتماعية المترابطة. كارول غولدمان، وهي مرشدة اجتماعية ممتازة في مجال الولادة، وتعمل مع الأهل الفاقدين في مستشفى جبل سيناء، شاركتني بعض الدروس التي تعلمتها من عملها مع الأهل الفاقدين حديثاً.

المشاعر التي يجب أن تتوقعها الأم

إلى جانب تلك المشاعر المرتبطة بشعور خالص من الحزن، قد يكون هناك الكثير من المشاعر الأخرى المتضاربة التي تتعلق في داخلك.

فقدان احترام الذات: كيف ستواجهين العالم الآن؟ كيف ستتعاملين مع زملائك في العمل، أهلك، أهل زوجك الذين كانوا ينتظرون هذا المولود بشوق؟

هل أنت مسؤولة عن ذلك؟

هل هذه إشارة إلى عدم جدارتك كإمرأة؟

البؤس: بعد كل شيء، فالأمر كان خارج سيطرتك. فقد أكلت جيداً، وقرأت الكتب الصحيحة، وحاولت أن تعيشي حياة سليمة وجيدة قبل الإخصاب وخلال الحمل. إذن ما هي المشكلة؟

فقدان السيطرة: هذا الأمر يصعب التعامل معه خاصة إذا كنت

معتادة على مستوى من النجاح والكفاءة في الحياة والعمل.

مشاعر غير مريحة بشأن جسمك: هل يوجد مشكلة ما عندك؟ لماذا خذلك جسمك؟ فقد تشعرين بالغربة داخل جلدك الخاص، وكأنك ما عدت تفهمين كيف يعمل هذا الجسم.

مشاعر خاصة بالإسقاط المبكر

في بعض الأحيان قد يبرهن هذا النوع من الخسارة أنه الأصعب، لأنك ربما لم تكوني بعد قد أخبرت حتى أصدقائك وزملائك أنك حامل. في هذه الحالة تكون الخسارة غير ظاهرة ولن يتعاطف معك أحد. وقد يكون أنك مررت بتجربة مريعة من خسارة الدم المفاجئة والانقباضات الأليمة، على مدى ساعات رهيبة في البيت عندما قال لك الطبيب «فقط إذهبي إلى السرير، فربما سيكون الأمر على ما يرام». من يقدر على مشاركتك هذه الخسارة.

وربما قد أسقطي لوحدك في مرحاض البيت. وتدفقت كل أحلامك وآمالك بشكل وحشي في بحر من الدم. من الصعب أن تطردي هذه الصور من فكرك.

وربما أنك حملت ما اعتقدت أنه الجنين في وعاء صغير داخل حقيبتك، على الطريق في الباص أو سيارتك إلى عيادة الطبيب. ما أغرب هذا العالم الذي دخلت إليه.

مشاعر خاصة بالإسقاط ما بعد الأسبوع العشرين

ربما كان عليك المرور بتجربة تحريض المخاض فقط لإنجاب طفل ميت. وربما نصحك طبيبك بتناول الدواء للمساعدة في تخفيف ألم الإسقاط

أو الولادة، ولكن لا يمكنك مقاومة الشعور بالذنب أن ذلك كان السبب في قتل الطفل (حتى ولو لم يكن له أي فرصة من الحياة المستقلة لو ولد بهذا الشكل المبكر).

وبالاعتماد على موقف المستشفى والممرضات قد لا تخرجين من دون الطفل فقط بل في حالة من الغضب الشديد ـ كما وصفت بعض النساء في هذا الكتاب ـ من الطريقة التي عوملت بها أنت وطفلك.

أما إذا كنت في المستشفى أو البيت في راحة سريرية كاملة، عندها لن يمكنك الهروب من مشاعر الفشل والاحباط المرعبة من كونك غير قادرة على الإنجاب. وكذلك فإن استلقاءك على سرير المستشفى، وأنت لا تجرؤين على تحريك جزء منك لئلا يحدث الإسقاط، يمكن أن يكون تجربة مرعبة ومدمرة عاطفياً، هذه التجربة التي يختبرها القليل من الناس أبداً.

وافضل شيء يمكنك عمله هو أن لا تعملي شيئاً. ولكن لأي حد يمكنك ذلك من ناحية إنسانية؟

هل أمكنك رؤية وحمل الطفل؟

في أغلب الأحيان يخاف الأهل من رؤية أو حمل طفلهم الميت لظنهم أن الطفل سيبدو بشكل مخيف، وحتى أنهم يتخيلونه كالوحش. وقد تقولين في نفسك «أفضل لو أطبع صورة الطفل في ذهني وكأنها حية ترزق». ولكن حسب كارول غولدمان يكون من الأفضل حقاً، وإذا أمكن ذلك رؤية الطفل، لأنه إذا لم يحصل ذلك قد ينشأ عندك فيما بعد مفاهيم مشوهة عن الولادة والطبيعة الحقيقية للأطفال. وهذه التصورات قد تقود إلى مشاعر أسوأ والتي قد تعتم على الصورة المثالية التي تودين التمسك بها.

والحقيقة هي أن الأهل وبالرغم من مخاوفهم يرتاحون ويسرون لدى رؤية أو حمل طفلهم. ففي المستشفى تجلب لك الممرضة أو المرشدة الاجتماعية الطفل إما في الثياب التي قدمتها أو ملفوفاً في حرام الاستقبال وربما كان يلبس قبعة لحماية الرأس. فمظهر الطفل الحقيقي وكأنه نائم سيكون مريحاً جداً أكثر من أي تصورات قد تكونيها.

وإذا كنت مترددة، يمكن لإدارة المستشفى أن تأخذ صورة للطفل. وحتى لو رفضت رؤية الصورة في ذلك الوقت، فستحتفظ المستشفى بها لعدة أشهر في حال غيرت رأيك.

هل تريدين حمل الطفل؟ فكري بالأمر. قد يكون من المفيد جداً أن تضمي الطفل إلى صدرك المتألم. حيث يكون عندك وعند زوجك الوقت كي تودعا الطفل. ويمكنك إعلام الممرضة إذا كنت ترغبين في بقائها أو تفضلين أن تتركك وحيدة.

هل سميت الطفل؟

أعطي طفلك إسمًا ويفضل أن يكون الإسم الذي اخترتيه له من قبل. لا «تحتفظي» بالاسم لمولودك القادم لأن ذلك الاسم هو من حق هذا الطفل. فالأسماء ذات أهمية وتساعدك على التحدث إلى الآخرين عن الطفل. وسوف تستعملين هذا الأسم عندما تتكلمين عن الطفل أمام أولادك أو عائلتك. فالذكريات تصبح ثابتة مع وجود اسم ووجه في ذهنك.

التذكارات

إن أحد أسوأ الأيام في حياتك هو عندما تتركين المستشفى خالية اليدين لا تمسكين بشيء. وإذا كانت خسارتك مبكرة فلن يكون عندك أكثر

من شعور بالخسارة والفراغ الداخلي. ومن الصعب عندها الحديث عن الاحتفاظ بالتذكارات. ولكن إذا تمت ولادة الطفل، عندها يمكنك أخذ بعض التذكارات معك إلى المنزل. وأغلب المستشفيات لا تأخذ هذه الأشياء بعين الاعتبار، فيجب عليك أن تطلبي ذلك فمثلاً يمكنك الاحتفاظ بالأشياء التالية:

- خصلة من شعر الطفل (مع أن بعض الأطفال يولدون بدون شعر).
- شهادة ولادة من المستشفى.
- صورة لطفلك.
- السوارة البلاستيكية التي تحضرها المستشفى كوسيلة لتعريف الأطفال.
- قصاصة من الورق تظهر تخطيط نبض قلب الطفل.
- سجل الوزن الطول وقياسات الرأس والصدر الخاص بالطفل.
- وردة من الباقة التي أحضرها زوجك والتي سيكون لها معنى خاصاً إذا حفظت في البوم الصور.

هذه الأشياء هي اقتراحات فقط، في الوقت الذي يصعب على المرء التفكير بعقلانية. ولكن إذا تركتي المستشفى بدون جمع هذه التذكارت ستندمين على ذلك لاحقاً.

وبالإضافة إلى ذلك فإن القيام بهذه المهمات الجسدية والعملية قد تساعد في تحقيق جزء من الرغبة الشديدة والغير محققة في الاعتناء بالطفل.

ومن أقسى سخريات القدر أنه وبالرغم من فقدك للطفل، تبقى حاجتك في حضانة واطعام الطفل والتحدث إليه بشكل محبب بما هي عليه من القوة.

هل يساعد الحزن حقاً في التغلب على الألم؟

الآن دعونا نعود إلى فيليبا التي التقيناها بشكل مقتضب في أول فصل من هذا الكتاب، وكيف دفعتها ضريبة الإسقاطات الخمسة قسراً إلى عالم مختلف تماماً.

وفي الواقع فإن فيليبا هي إمرأة تحسدها النساء الأخرى، فهي ممشوقة القد، جميلة، شقراء ومتزوجة إلى رجل لطيف ومحب ولها ابنة رائعة الجمال في الحادية عشر من العمر. وتعيش هذه العائلة في بيت أنيق في وسط منهاتن، وتملك أيضاً منزلاً ريفياً على جزيرة لونغ. وتزين الأعمال الفنية جدرانهم والكتب التاريخية رفوفهم. وتهتم فيليبا بالأعمال الخيرية. ويمكن القول أن حياة هذه العائلة هي مريحة وذات امتيازات باستثناء أنه هناك جانب مظلم في حياة فيليبا. فقد عانت مؤخراً من الإسقاط الخامس في أواخر المرحلة الوسطى من الحمل حوالي الأسبوع الثالث والعشرين. وكانت كل مرة أكثر تدميراً من سابقتها. وفي القصة الأصلية لهذه المرأة هناك الكثير مما شرحته في هذا الفصل. ما هي أفضل طريقة تتعامل بها المستشفى مع الإسقاط؟ هل تنجح حقاً عملية الحزن؟.

«كان بإمكاننا البكاء وحمل الطفلة»

عند إسقاطي الثاني في الأسبوع الحادي والعشرين، طلبت رؤية الطفل لأنني عرفت أنه عاش لبضع دقائق. فقد كان طفلاً صغيراً، قوياً وجميلاً. وقد صدمت لرؤيته ـ كان طوله 12 إنش، كاللعبة، طفل مصغر كامل الشكل. وكان يبدو بحالة جيدة. وفي الواقع أردت أن أعطيه تنفساً اصطناعياً. كنت أعلم إنه يريد أن يعيش. ولكن لم تنجح كل الجهود في إنقاذه. وقالوا لي إنه صغير جداً لأن يبقى حياً. وقد حاول الأطباء مساعدتي بكل جد ولكن جهودهم ذهبت كلها هباءً.

وأخيراً توقف الطفل عن التنفس بين ذراعي. وكانت تلك تجربة اليمة جداً. فلم نعرف أنا وزوجي ماذا نفعل. ثم جاءت ممرضة ووضعت حراماً نظيفاً حوله، وأخذته معها؛ ولكننا لم نعرف قط إلى أين أخذ أو أين دفن وتمنيت لو كنا مستعدين أكثر أو كان هناك أحد لينصحنا. وكنت أود لو أدفن الطفل بنفسي ولكني لم أكن مستعدة عاطفياً لأطلب ذلك.

ثم أسقطت مرة أخرى في الأسبوع الثالث والعشرين. بعد ذلك وفي محاولتي الرابعة، وبالرغم من أن الأغشية قد تمزقن في الأسبوع الرابع والعشرين أعطاني الطبيب الستيرويد للمساعدة في نمو رئتي الطفل في حال ولد حياً وأمكن علاجه.

وهكذا فقد كان الطفل يتنفس ووزنه أقل من الرطلين بقليل، وطوله 14 إنش. وكان طفلاً قوياً جداً، وقد تمت ولادته بعملية شق قيصرية. وفي الأحوال العادية نادراً ما تجري هذه العملية في هذه المرحلة من الحمل. ولكن إذا كنت تحاولين إنقاذ الطفل فإنها الطريقة الأقل إجهاداً. وقد قرأ لي الطبيب عن كل المخاطر المحتملة: إن طفل واحد من كل عشرة أطفال يحيا في الأسبوع الرابع والعشرين، واخبرني أيضاً عن مشاكل الأطفال الذين يحفظوا في قسم العناية بالمواليد الجدد. ولكننا أنا وزوجي أخذنا القرار لأن عمر الأسابيع الأربعة والعشرين كان يبدو قريباً جداً من سن إمكانية النمو، ولأنني لا أريد أن أمر بتلك التجربة مرة ثانية.

وكان العاملون في قسم العناية بالمواليد الجدد مسرورين جدا. فدماغ الطفل كان في حالة جيدة لأنه لم يحصل له نزيف داخل الرأس. وقد اطعموه بعض الحليب من عندي. ولكن نشأت عنده مشكلة في التغوط، ولكنهم عالجوا ذلك بعملية جراحية. إلا أن المخدر كان مرهقاً جداً وبعد ذلك حدثت له صعوبات في التنفس. فتارة يكون على ما يرام وطوراً يستاء حاله. وكان الأمر كسكرة الموت أو الكابوس. وبقيت في المستشفى لمدة

أسبوع بسبب النزيف وسوء حالتي الصحية. وكنا أنا وزوجي نزور قسم العناية كل يوم. وخلال الأسبوع الأخير كنا نذهب إلى هناك ليلاً نهاراً.

أما ابنتنا التي كانت في السادسة من عمرها، فكانت مرتبكة جداً مما يجري. وكان الأمر صعباً عليها. وسألتها إذا تود أن تأتي لترى الطفل، ولكنها كانت خائفة لأنها سمعت بأن الكثير من الأنابيب موصولة إلى جسمه.

ومات هذا الطفل في الأسبوع السادس، وقد دفناه بنفسنا. وكان يستحق هذا النزاع لأن دماغه كان سليمًا. والتقيت بالعديد من الأمهات في قسم العناية وكان الألم الذي يشعرن به لا يصدق. أما الممرضات فقد كن رائعات وكان الطبيب النسائي لطيفاً جداً ويتصل بي دائمًا. ولكن المستشفى لم تقدم أي مساعدة نفسية أو أي دعم. وجاءت المرشدة الاجتماعية مرة لرؤيتي وقالت أنها تنزعج من أمور الموت ولهذا السبب فضلت أن لا تتعاطى معي!.

وفي الحقيقة شعرت أنه يعوزني أحد لا تحدث إليه بعد موت الطفل. ولكن الناس لا يعرفون التجاوب. ولم أكن أعلم ذلك من قبل. فقد كانت صديقاتي تعبرن الشارع كي تتجنب لقائي. وكان الناس يفضلون التظاهر بأن الطفل لم يكن أبداً. وقال لي أحدهم «أنا آسف لحظك العاثر». فقد كان هذا الطفل شخص سجلنا ولادته. وعلى الأقل ساعدتنا المدينة في ذلك؛ فقد أرسلوا شهادة الولادة وبعد ستة أسابيع أرسلوا شهادة الوفاة. فقد اعترفوا أنه شخص. وبالتأكيد فإن شركة التأمين تعلم ذلك. فقد كان يساوي 40,000 دولار. فهذا «الحظ العاثر» له ملف بكل معنى الكلمة.

واستغرق أمر التغلب على فكرة موته سنة كاملة، وهذا لا يعني أنني تغلبت على ذلك فعلياً. فقد كان طفلي. ولم أعرف قط كيف أشرح للناس

ما حدث. فهناك ردات فعل غريبة لا يكون باستطاعتك توقعها. في البيت لم يمكنني فعل أي شيء وبالتأكيد لم أقدر على التركيز. فالذي تبقى من طاقتي يجب أن يوجه إلى ابنتي. وعلمنا أنا وزوجي على تزويدها بالحب والتفهم قدر الإمكان. فكنت أتحدث إليها وارسم لها رسوماً لأني كنت أتخيل أن أفكارها قد تكون مرعبة جداً. وكذلك لم أكن أريدها أن تشعر أنها المسؤولة عن ذلك. ولكنها كانت مهتمة بـي إلى حد كبير. هل سأعود طبيعية مرة أخرى؟ فقد كانت تريدني أن أعود الأم المحبة للمرح.

بعد موت هذا الطفل لم أعد أرغب في الحمل مرة أخرى. فعندي زوج عظيم وابنة رائعة، ونعيش معاً حياة حلوة. فلماذا أضـع نفسي في هذا البؤس كله. وعندها كنت في السادسة والثلاثين من عمري وبدأت أشعر بتقدم السن. بعد ذلك صرت حاملاً بالصدفة لأنني لم أضـع الغشاء الحاجز. وفكرت أن لذلك معنى معيناً إن هذه هي إرادة الله. وكنت قد سمعت بفـريق آخر من الأطبـاء، وفكرت أن أحـاول معهم. وشعرنـا بالتشجيـع لأن موقفهم كان مختلفاً وكان يبدو حقاً أنهم على استعداد لأن يساعدونا إلى آخر الطريق.

في الأسبوع السابـع من هذا الحمل وضـع لي الـطبيب الدرزة. وبدأت باستعمال البروجسترون وبالراحة السريرية. وهكذا أخذت الأمر بسهولة مـع أني أجريت فحص بزل السلى في حال كان هناك أية مشكلة. ووجدنا عندها أن الطفل هو أنثى وبدأنا نشعر بالتشويق. وكانت ابنتي من أعطى الطفلة الصغيرة اسمها.

ولكن في الأسبوع العشرين بدأت الأغشية بالاندفاع خارجـاً مرة أخرى. عندها بقيت في المستشفى مستلقية على ظهري، لا أجـرؤ على التحرك لمدة ثلاثة أسابيـع. ولكن عنق الرحـم أفلت من الدرزة. واندفعت

الأغشية ودخلت في المخاض مرة أخرى. وكان الأمر منتهياً عند نهاية الأسبوع الثالث والعشرين. وأظن أنها قد ماتت وقت الولادة.

وكان الأمر أليمًا جداً عندنا. واظن أننا كنا مستعدين لخسارتها ولكننا خدعنا أنفسنا أيضاً. وقد لفوا لنا الطفلة. وكانت جميلة جداً، سررنا أننا أمكننا رؤيتها. فيجب معرفة أن ذلك لم يكن «وحشاً» بل طفلاً. وكان عندها نظرة هادئة جداً على وجهها. وكان بإمكاننا البكاء وحمل الطفلة. وأخيراً بعد أن أمضينا ساعة معها أخذوها بلطف وذهبوا.

فأنت بحاجة إلى هذا الوقت الأولي من الخصوصية. وبعدها جاءت المرشدة الاجتماعية وحقاً تحدثت إلينا. وكذلك لم يبعد عنا الطبيب كثيراً. ويمكن رؤية أنه تأثر جداً. فقد كان عند هذا الطبيب ناحية إنسانية حقيقية ساعدتني كثيراً. فقد شعرنا أننا في تأييد كبير. وقمنا بالترتيبات الخاصة بدفن الطفلة إلى جانب أخيها.

قد نستمر في محاولة الإنجاب. فمع الطبيب الجديد وبدعم من فريق المستشفى أشعر أنه ما زال هناك أمل. ولكننا لن ننسى أبداً أطفالنا الذين كانوا جزءً من حياتنا ولو لوقت قصير جداً.

إن قصة فيليبا هذه تظهر مسائل أخرى من التجربة المشؤومة للإسقاطات المتعددة.

هل يمكن دفن الطفل، وكيف تقومين بذلك؟.
كيف يمكن للأب أو للزوج أن يقدم المساعدة؟.
كيف يمكن التعامل مع مشاعر أولادك الآخرين؟.
كيف سيتفاعل جسمك مع الإسقاط؟.

إن النواحي الأصعب من تجربة ما بعد الإسقاط هي أن جسمك

سوف يظهر التغيرات الجسدية ذاتها كتلك التي تحدث بعد ولادة طفل كامل المدة. ودعيني أخبرك الحقيقة الصعبة التي يمكنك توقعها. فإذا كنت مهيأة عقلياً على الأقل فإن الألم قد يزول.

جسمك لا يعلم أن الطفل لم يحيا

إذا حدث إسقاطك بوقت متقدم فمن المرجح أن يأتي الحليب إلى الثديين. ويكون ذلك مؤلماً لأنك قد تصبحين محتقنة، وقد يصف لك الطبيب الأستروجين أو البرومـوكربتـين لإزالة أمـداد الحليب؛ مـع أن استعمال الكمادات الباردة، أو ارتداء الصدريات الضيقة قد يكون أفضل علاج.

وسيحدث كذلك النزيف المهلبـي. ويتبـع هذا التدفق من الـدم الولادة لمدة ستة أسابيـع. أما إذا صار النزيف حاداً ومتجلطاً أو أليـمًا، أو تجاوز حد الثلاثة إلى الأربعة أسابيـع، عندها يجب أن تعلمي طبيبك. وكذلك فعليك أن تطلعي الطبيب على أية حمى تصيبك.

اكتئاب ما بعد الإسقاط

حتى الأمهات اللواتي ينجبن أطفالاً أحياء في المدة الكاملة هن عرضة لاكتئاب ما بعد الإسقاط. فالأمر لا يختلف عندك إلا أن الاكتئاب قد يكون أسوأ في حالتك، لأنك قد عانيت خسارة حقيقية وآمالاً ورغبات محبطة. أما أسباب الاكتئاب فهي غير معروفة، ولكن هناك تغيرات هرمونية رئيسية تحدث في الجسم.

وكذلك فإن تأثيرات الاكتئاب بعد الإسقاط قد تكون عنيفة عند بعض النساء ويجب أن لا تسيئي تقدير ردة فعلك الخاصة. فعندما تنخفض

مستويات الهرمون بهذا الشكل السريـع فقد يؤثر ذلك عـلى مستويـات الهرمون في الدفاع التي تتحكم بالمزاج وبالشخصية الأساسية. وهكذا إذا وجدت أنك تمرين بتقلبات حادة في المزاج. البكاء اللاإرادي ، نوبات القلق والمشاعر الغريبة والمجنونة، فكل هذا يشكل جزءً من ردة الفعل الطبيعية بعد الإسقاط. أو إذا دخلت في مزاج من اليأس يسبب خسارتك، أو كان احترامك لذاتـك في الحضيض وكنت فائقـة من حالتـك بشكل أساسي، في تلك الحالـة يستحسن أن تطلبـي الـون من طبيبك أو من استشاري متخصص.

ماذا تتوقعين من زوجك؟

من غير التعميم المفرط أو الإساءة إلى الرجال فإن الآباء الذين عاشوا الإسقاط لتوهم يكونون مكرهين على التعبير عن حزنهم بشكل صريـح. فمن الشائـع أن الرجل المعني يشعر أنه عليـه السيطرة على نفسه، وأن يكون الأقوى حتى يقدر أن يدعم ويساعد زوجته خلال فترة حزنها.

ولسوء الحظ عند الزوجين، فإن هذا الموقف قد تفسره الزوجة أنه بارد وعديم الأحساس. وقد تشعرين أن زوجك لا يهتم مطلقاً بالطفل. وربما تظنين أنه حقاً لا يريد الطفل. ويقول العديد من الرجال، «يجب أن أكون قوياً أمامها». ويعنون بذلك، بالطبـع، أنهم لا يريدون إطلاق العنان لمشاعرهم الخاصة، أو أن ينظر إليهم كضعفاء.

ويفيض بعض الرجال زوجاتهم أكثر بتعليقات مثل قولهم «لم يكن ذلك طفل حقيقياً. سننجب طفلاً آخر». فبالتحدث بهذه الطريقة يؤكدون ما يقوله الآخرون. ويمكن للهُوة بين موقف الزوجين أن تتسـع وقد تتطور ربما إلى مشكلة زوجية خطيرة خاصة إذا كان هناك ضغوطاً معيشية أخرى.

وحتى العنف الجسدي قد ينشأ بسبب محاولة الرجل الجادة في كبح مشاعره الخاصة بعدم كفاءته وفشله حيث يشعر في داخله الذنب الغير معلن. وقد يشعر أنه المسؤول عن الأمر، وخاصة إذا كان لزوجته ولداً من زوج سابق. فمع عجزه على استيعاب معنى ذلك فيما يخص رجوليته. قد يلجأ إلى العنف والغضب الشديد. وبالطبع فعند أي زوجين معنيين بالإسقاط يكون هناك الآمال المتجذّرة في العائلة «المثالية» حيث يحلمان بطفل أو أثنين. فالأحلام المشتركة في النزهات، الرحلات، أعياد الميلاد والمناسبات السعيدة تكون وكأنها لعائلة حقيقية.

وغالباً ما يترك الآباء للتعامل مع المسائل العملية والقرارات. فإذا كان لا بد من الدفن فإن هذا العبء يقع على عاتق الأب . وإذا كان هناك أولاد صغار في البيت سيجبر الأب على لعب دور العناية والتعاطف لتأييدهم في هذه المحنة، بينما يهتم بشؤون المنزل وحتى أنه ينظم الزيارات إلى المستشفى. وفي الوقت نفسه يكون عليه التعامل مع حزنه الخاص ايضاً.

وإحدى سخريات القدر الأليمة التي يجب على الأب مواجهتها ستكون دفع نفقات الولادة التي لم تثمر طفلاً كما كانوا يريدون.

مساعدة أطفالك الآخرين على التغلب على الخسارة

يجب أن تستشيري طبيب الأطفال فيما يخص التعامل مع أولادك وقد تشعرين بالفطرة أنه عليك حماية أطفالك من الحزن على هذه الخسارة أو من موت الطفل. ولكن تذكري أن تجنب مناقشة الأم قد يزيد في انزعاج الأولاد في البيت وليس العكس فالأولاد هم حساسون بأي حال تجاه مزاجك ويتساءلون عن سبب اغفالهم. فالشرح البسيط والصادق الذي يطمئنهم أنه في أمان هو شيء مفيد للغاية.

فالأولاد الصغار قد يشعرون بالذنب، كما ذكرت فيليبا. فمثلاً قد يتمنى الولد بشكل سري أن المولود الجديد لن يأخذ الكثير من وقت الأم. ويأتي الموت المفاجىء حيث يظن الولد أنه مسؤول عن ذلك.

وتعتمد الطريقة التي يتكلمون فيها الأطفال أو يعبرون بها عن مشاعرهم على سنهم ومرحلة نموهم. فعلى سبيل المثال، أخبر طفل في الخامسة من عمره أن أمه حامل وأنه هناك طفل آخر داخل بطنها. وعندما سمع أن الطفل قد ذهب سأل أمه إلى أين ذهب الطفل. وردت الأم أن المستشفى ستهتم بالطفل. وبعد سنة من ذلك عندما كانوا يمرون قرب المستشفى. سأل الولد بشكل مفاجىء، «هل يمكننا أن نذهب لرؤية الطفل الآن؟»

العديد من الأهل يجدون أنه من الأسهل انتظار الطفل كي يفتتح الحديث لأنهم قلقون من ردة فعل الولد على فكرة الموت. وبالتأكيد، فليس من الضروري أن تتحدثي عن الموت بشكل مفصل، ولكن من الأفضل طرح الموضوع بنفسك وأن لا تشرحي الأمر بقولك، «لقد فقدنا الطفل». فعند ولد في الثالثة من عمره قد يعني ذلك أنه سيتم العثور على الطفل قريباً. وكذلك لا تقولي «كان الطفل مريضاً ومات». أو «الطفل نائم». هذه العبارات قد تشغل خيال الولد وبالتالي يصبح خائفاً من النوم أو المرض. ولكن يجب عليك أن تطمني ولدك الصغير أنه لم يفعل ولم يفكر أي شيء مما جعل الطفل يموت.

أما الولد الذي تجاوز الأربعة سنين، يجب أن تشجعيه على رؤية صورة للطفل. وإذا كان الطفل في حوالي الثامنة من العمر، وكنت بصدد إقامة مأتم، فيمكن السماح له بمرافقتك.

وتذكري، كما ذكرت فيليبا، أن الأولاد الكبار الذين عاشوا تجربة

الإسقاط المتعدد قد يخافون من خسارتك أنت، أو من مكروه قد يحدث لك.

فرؤيتك وأنت تندفعين إلى غرفة العمليات عدة مرات، ومشاهدة دموعك وحزنك واكتئابك سيكون أمراً صعباً عليهم. فلهذا السبب كوني إيجابية قدر الإمكان وأنت تناقشين أمور الولادة والموت.

كيف يساعد الأصدقاء والعائلة

يجب أن يشجع الأصدقاء والعائلة على أخذ دور فعال ومساعد. فأنت وزوجك تمران في ذلك الوقت باضطراب عاطفي حيث يصعب أخذ القرارات. لذلك فأنتما بحاجة إلى صديق أو أحد أفراد العائلة ليقوم ببعض الأعمال كالاتصالات الهاتفية أو أعلام الآخرين بما يجري. فإذا حاولت أنت القيام بذلك، ستشعرين بالأنزعاج في كل مرة تبدأين فيها المكاملة الهاتفية. وعلى ذلك فإذا تقوم أحدهم بالمساعدة، أطلبي منه القيام بذلك العمل.

ومن وجهة نظرك اشرحي لأصدقائك أنك ستفتقدين هذا الطفل كثيراً وأنك لا ترغبين في الوقت الحاضر في الحمل مرة ثانية. فأولاً أنت بحاجة إلى وقت للحداد. وقد تقترحين أن يقرأوا عليك بعض النصوص المفيدة!

أما الصديقات القدامى اللواتي لم يختبرن هذه الآلام بالذات فقد لا ترجى المساعدة منهنّ في هذا الوقت. ومتى عدت إلى البيت قد تشعرين أنك بحاجة إلى مجموعة من الأهل الذين ربما عاشوا المأساة ذاتها، والذين بإمكانهم أن يقدموا العون الحقيقي والتفهم والحنان والأحترام لمشاعرك.

وكذلك فإن الاستشارة المتخصصة يمكن أن تساعد في تخفيف الألم،

الشعور بالذنب والاكتئاب مما يساعدك على تفهم وتقبل ما حدث لك. وقد تختارين أن تقصدي الإستشارة من أجلك وحدك أنت وزوجك، أو إذا كان هناك ولد مضطرب بالفعل، من أجل العائلة كلها. وفكري بالإستشارة إذا وجدت مثلاً (1) أنك متسمرة في مرحلة واحدة من عملية الحزن بحيث يصعب عليك حل بعض المشاكل بمفردك أو مع زوجك؛ أو (2) أن هناك مشاكل جسدية أو عاطفية تمنعك من النشاط كالعودة إلى العمل، العناية بصحتك ومظهرك. أو من النوم أو النهوض من السرير عند الصباح.

عودة مشاعرك إلى حالتها الطبيعية

سيكون هناك أيام تتساءلين فيها ما إذا كان مزاجك المتفائل سيعود إليك ابداً. عند أغلب الناس يعود التفاؤل وتشعرين بعد ذلك أنك جاهزة لمحاولة أخرى. النص التالي، الذي هو من كتاب **عندما يكون اللقاء وداعاً**، يظهر كيف يحدث هذا التغير بشكل بطيء.

«أين هو طفلك؟» حتى يوم البارحة كانت النظرة الفرحة والمتفائلة التي ترافق السؤال تجعلني أبكي. فاليوم فقط بعد شهر كامل أصبح بإمكاني الإجابة، والسلام يملأ قلبي، أن طفلنا قد مات قبل أن يولد.

ومن ناحية جسدية فقد تعافيت. ونسي جسمي أمر الحمل، أما فكري فما زال منصرف الذهن، فالمشاعر الحزينة الفارغة قد قلت وصرت أضحك وأشعر بالأمان أكثر فأكثر. وكذلك فالنوم الآن أصبح أسهل بكثير من الأسبوع الأول. ولكن تحضير الطعام وتناوله فما زال أمراً روتينياً. وقد تعلمت أن تناول السكر أو المشروبات الكحولية أو الإخفاق في تناول الوجبات يمكن أن يجعل مزاجي في الحضيض. فالغضب الذي لم أشعر به كثيراً في البداية يبرز الآن فجأة بشكل نزق مع زوجي

والأولاد، وخاصة عندما أكون مرهقة. ولحسن الحظ أني أخذت إجازة من العمل فقط للعناية بنفسي.

فكتابة مشاعري في دفتر اليوميات والتمارين المنتظمة قد ساعدتني على امضاء الوقت بدون أن أقـع ضحية مشاعر الاكتئاب والغضب. وكنت اتحدث لساعات من صديقاتي حيث لا أشعر ابداً بمرور الوقت. فالآن هناك حقيقة واحدة الخسارة والحزن. إن شركات بطاقات الأفراح تتوقـع عموماً أن كل يوم سيكون أسهل وافضل عند أمثالي من الناس. ولكن هذا يغفل تماماً فائدة الحزن. فالأيام عندي لا يمكن التكهن بها. ففي بعض الأيام كنت وكأني ارى كل النساء حوامـلاً وتحملن أطفالاً رضـع. فهـذا جائر للغاية. وفي أيام أخرى كنت أتذكر بوضوح شكل أبني واشعر ثانية بالحب والأمان عند ولادته.

فحبنا للطفل جعلنا أنا وزوجي نقرب من بعضنا أكثر. وأنا سعيدة جداً أنه بإمكاننا مشاركة هذا العبء. وقيل لي أن الزمن يشفي الحزن ولكني الآن أعلم أن الاستغراق في الحزن هو الذي يشفي.

هل أنت مستعدة للحمل ثانية؟

كمـا ذكـرت فـي الفصـل الأول، فـأول عــامــل طبـي يجـب التحقق منـه هو وجـود هرمـونات الحمـل (موجـه المنسل المشيمي عنـد الإنسان)، والذي يمكن أن يعطي نتائـج إيجابية في فحص الحمل حتى حوالي الأسبوع الثالث بعد الإسقاط. فمن الأفضل إذن الأنتظار حتى مجيء الـدورة التاليـة، أي بعد أربعـة إلى ستة أسـابيـع، وبعد اختفـاء كل الهرمونات. عندها إذا شعرت أنك مستعدة يمكنك محاولة الإخصاب.

أما العوامل النفسية التي شرحتها فيمكنكما تقييمها كزوجين. ويشير

بعض الباحثين إلى أنه إذا تم الإخصاب بسرعة قد تجدين أنك ما زلت حزينة جداً على الطفل المفقود ـ مثلاً حوالي الموعد الذي كنت تتوقعين فيه ولادته ـ في الوقت الذي يجب أن يكون هناك علاقة سليمة بينك وبين الطفل القادم.

ويمكنكما أن تسألا بعضكما شيئاً كالأسئلة التالية. لمعرفة ما إذا كنتما على استعداد حقاً.

كيف تشعرين عند حمل أو رؤية أطفال الآخرين؟

ماذا تشعرين عندما ترين امرأة حاملاً؟

ما رأيك بالعودة إلى المستشفى ذاتها؟

ما رأيك بالمرور عبر أقسام الأطفال؟

هل هناك فرق بين مشاعرك بعد شهر من الإسقاط وبين مشاعرك الآن؟

هل عندك سيطرة أكبر على البكاء الغير متوقـع؟

هل قصدت دعمًا ما أو كنت قادرة حقاً على الإفصاح عن مشاعرك أمام شخص متفهم؟

وهذا لا يعني أنه يجب عليك أن تكوني خالية كلياً من الألم الغضب أو الأشياء قبل التخطيط لحمل آخر ولكن من المفضل أن تبقى مستوى القلق والتفكير المتملك على درجة معقولة.

التعامل مـع الحمل القادم

إن الحمل القادم سيكون مرحلة قلقة جداً وخاصة عند تجاوز ذلك الأسبوع الخاص (أو تلك الأسابيـع المختلفة) عندما عانيت من الخسارة أو الخسارات. فقد تمرين دائمًا بحالات من الرعب. وكذلك سيكون هناك

لحظات من العذاب وأنت تتفقدين نفسك خوفاً من وجود إشارة إلى تسرب الدم، أو تظنين أن ألم الغازات هو انقباض.

واود أن أقدم النصيحة التالية لمساعدتك على تخطي الحمل بأقل ألم ممكن:

1 ـ تحدثي إلى طبيبك. وكوني متأكدة أنه على استعداد للاستماع إلى مخاوفك وللتكلم معك بصدق عن المشاكل والآمال المحيطة بالحمل.

2 ـ أطلبي إجراء التصوير الفوق السمعي لتطمئني على فترات منتظمة من أن الطفل هو على ما يرام، حتى لو لم يكن التصوير مطلوباً لغاية طبية.

وقد تريدين التحدث عن الحمل القادم مع مرشدة اجتماعية أو طبيب نفساني، بحيث تصلين إلى مساومة مع نفسك حول المعدل المعقول من القلق. فليس من الضروري مواجهة تسعة أشهر من القلق المتواصل. وينصح بعض الأطباء بتخصيص ساعة كل يوم للقلق. وكوني على استعداد لأن ترتاحي أكثر وحتى لأن تبدأي راحة سريرية كاملة إذا كان الأمر ضرورياً.

وفكري بشكل إيجابي قدر المستطاع. وركزي على فعل أي شيء ممكن لأنجاب طفل صحيح. فطبيبك هو على علم بكل المعلومات الجديدة، ويمكنك الاعتماد على المهارة الطبية. والواقع أن العديد من النساء ـ كما قرأت في هذا الكتاب ـ تخرج حقاً من النفق الطويل المظلم. وحتى بعد عدة إسقاطات، ومعها أطفال أصحاء وكاملو المدة.

اتمنى لك التوفيق. وأنا على علم أنه بإمكانك أنت أيضاً أن تحققي حملاً ناجحاً وسوف تحملين طفلك يوماً ما بحب وترحيب بين ذراعيك الحنونين.